Nr. 17. 26. kwietnia 1930 1931 Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. Henryk HILAROWICZ, Adjunkt kliniki. Lwów.
Cand. med. Zdzisław BIELIŃSKI, Asystent Zakładu.

Wzrost własności znieczulających perkainy pod wpływem siarczanu potasu.

Doniesienie tymczasowe.

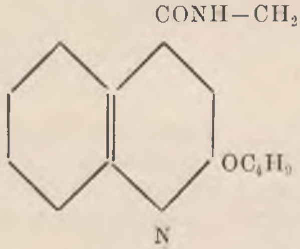
Z Zakładu Fizjologji (Dyr.: Prof. Dr. A. Beck) i z Kliniki chirurgicznej (Dyr.: Prof. Dr. H. Schramm).

Znieczulenie miejscowe, jako metoda współzawodnicząca z uśpieniem ogólnem, nie spełniła w zupełności wszystkich pokładanych w niej nadziei; przyczyną tego są granice znieczulenia miejscowego przyrody zarówno technicznej, jak i farmakologicznej, a jeszcze w większym stopniu wzgląd na *„psyche"* chorego, który w ostatnich latach jest głównym momentem rozstrzygającym na korzyść różnych środków narkotyczno-nasennych, zwłaszcza „pozapłucnych". parapulmonalnych, dokoła których skupiała się też przez czas dłuższy uwaga chirurgów. O ile strona techniczna znieczulania miejscowego doszła do pewnego stopnia doskonałości, tak, że ostatnie lata przyniosły nam tylko nieznaczne odmiany dotychczasowych sposobów, o tyle w kierunku farmakologicznym przeżywamy obecnie okres poszukiwań za nowym, lepszym jak dotąd znane, środkiem znieczulającym.

Odkrycie *tutokainy* przez Schulemana dostarczyło wprawdzie środka przewyższającego dotąd za najlepszą uważaną nowokainę pod pewnemi względami, jak np. działaniem na błony śluzowe. Środek ten jednak, silnie trujący, nie był w stanie wyprzeć nowokainy i należy już prawie do przeszłości.

Natomiast środkiem, który wzbudził o wiele większe i trwalsze zainteresowanie, jest wprowadzona przed przeszło dwoma laty przez fabrykę „Ciba" *perkaina.* Preparat ten stworzony przez K. Mieschera pod nazwą początkową Nr. 1297/6 jest pochodnym *chinoliny* w odróżnieniu od różnych dotychczasowych środków znieczulających syntetycznych, które zawdzięczają swe własności znieczulające grupie benzylowej, a są połączeniami kwasu benzoesowego z różnemi zasadowemi alkoholami lub aminoalkoholami. *Perkaina* jest, według określenia fabryki, dietyletylendiamidem kwasu α-butylocinchoninowego w połączeniu z kwasem solnym, o znaku chemicznym:

$$CONH-CH_2-CH_2-N(C_2H_5)_2 \ HCL$$



Nadmienić należy, że znajomość własności znieczulających chininy i jej pochodnych nie jest rzeczą nową. Już w r. 1907 odkrył te własności w połączeniu chininy z mocznikiem Thibauld, z czego praktyczny użytek zrobił w r. 1911. Ephraim dla celów laryngologicznych. Środek ten, podobnie jak pochodne chininy uzyskane przez Morgenrotha (izopropylhydrokupreina i izoamylhydrokupreina-eukupina) nie przyjęły się.

Perkaina jest proszkiem krystalicznym bez woni i smaku, bardzo łatwo rozpuszczalnym w wodzie; roztwory jej są trwałe i znoszą wielokrotne gotowanie. Główną cechą działania perkainy jest działanie już w bardzo znacznych rozcieńczeniach oraz długotrwałość znieczulenia. I tak na rogówkę królika działa znieczulająco roztwór 1:125000 w porównaniu do rozcieńczenia 1:10000 dla kokainy, 1:3000 dla tutokainy, a 1:2500 dla nowokainy. Wpływ 1‰ perkainy w ciągu jednej sekundy daje taki efekt, jak 1% kokainy w ciągu 30 sekund, lub 1% nowokainy w ciągu 40 minut. Trwałość działania określa stosunek trwania działania 1% kokainy przez 65 minut do trwania działania 1% perkainy przez ponad pięć godzin. (Uhlmann 1), Lipschütz i Laubender 2)). Ważną zaletą perkainy jest jej silne działanie na błony śluzowe, przez co staje się ona pierwszorzędnym środkiem „powierzchniowym". Kombinuje się korzystnie z wyciągiem nadnercza, a nadto posiada własności bakterjobójcze. Oczywiście środek o tak potężnych własnościach znieczulających musi posiadać i wielką jadowitość, którą określa się jako 2—8 razy większą niż kokainy; ponieważ jednak siła znieczulająca przewyższa 10—100 razy tąże siłę kokainy, a granice jadowitości perkainy dają się ściślej oznaczyć jak dla tej ostatniej (Lipschütz i Laubender), przeto używane stężenia nie zdają się przedstawiać niebezpieczeństwa.

Nic dziwnego, że perkaina dzięki swym tak nowym i wybitnym własnościom zainteresowała odrazu świat chirurgiczny i jest przedmiotem stosunkowo wielkiego piśmiennictwa.

Zapatrywania na wartość jej są, jak zresztą dzieje się to z wieloma nowemi środkami, skrajnie rozbieżne. Jedni, opierając się na danych doświadczalnych oraz setkach obserwacyj klinicznych, wyrażają się o perkainie wprost entuzjastycznie, a uznając wielkie jej zalety, określają ją jako środek znieczulający wyższej klasy o wielkiej sile działania i rozpiętości zastosowania, który stanowi prawdziwy postęp na polu znieczulania miejscowego. Stosują oni perkainę do wszystkich rodzajów znieczulenia, nie wyłączając lędźwiowego, i nie obawiają się powikłań, nie spostrzegłszy ich w swoim materjale (Henschen, Hofhauser, Bruchholz, Ritter, Usadel, Ruedi, Wiederhorn, Mandl 3), Hirsch, Jones i w. i.). Inni natomiast poddają perkainę jak najostrzejszej krytyce, a to na podstawie swoich lub cudzych niekorzystnych wyników i nieszczęśliwych zejść. Według autorów tych, perkaina nie posiada wszystkich warunków wymaganych przez Brauna dla środka znieczulającego, który przyjdzie po nowokainie; jakkolwiek trzy z tych warunków t. j. 1) trwałość, rozpuszczalność w wodzie i możność sterylizacji przez gotowanie, 2) działanie na błonę śluzową, 3) korzystna kombinacja z adrenaliną, posiada perkaina w wielkim stopniu, nie odpowiada jednak w zupełności warunkom dalszym tj. 4) małej jadowitości w porównaniu z kokainą oraz 5) absolutnej obojętności względem tkanek. I tak Eichhoff 4) uważa, że jadowitość perkainy jest względem człowieka nieporównanie większą, niż to wynika z doświadczeń na zwierzętach i zniża dopuszczalną dawkę do 10 cm 1‰ — lub 20 cm^3 $^1/_2$‰-go roztworu, co w praktyce równa się prawie zupełnemu zarzuceniu środka; opiera się on na kilku opisanych przypadkach śmierci po perkainie (Freund, Siebner, Heckenbach, Steinbruch) oraz przypadkach mniej lub więcej ciężkich zatruć; należy podnieść, że wymienione przypadki śmierci nie mogą być odniesione tylko do perkainy, lecz że zachodzą tam tego rodzaju okoliczności, jak stan grasiczo-limfatyczny, grube błędy techniczne, zaniedbanie dodatku wyciągu nadnercza zwalniającego wessanie, chorobę Basedowa, stan agonalny chorego i t. p. Nadto kilku autorów opisało (Eichhoff, Brandesky 5)) przypadki martwicy skóry jako następstwo znieczulenia perkainą, co znacznie i przez długi czas utrudniało gojenie się.

Uwzględniając powyższe pro i contra, a zwłaszcza fakt, że przy użyciu każdego nowego środka popełnia się pewne nieostrożności, musimy jednak uznać własności perkainy, a zwłaszcza jej długotrwałe działanie, wskutek czego ból pooperacyjny mija niepostrzeżenie, oraz pewna szczególna skłonność do znieczulania obszaru nerwów trzewnych (Höfer) za bardzo cenne. Zadawane też przez niektórych autorów (Läwen i i.) pytanie, czy wogóle warto każdym nowo wprowadzonym środkiem znieczulającym zajmować się wobec doskonałości nowokainy, rozstrzygnęliśmy na korzyść perkainy, stosując ją równocześnie w klinice i w doświadczeniach.

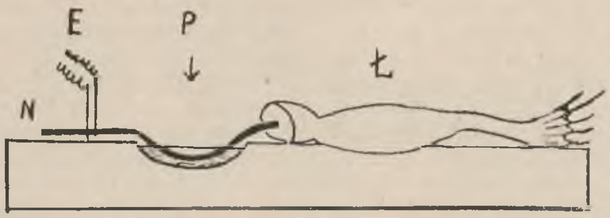
Wśród tych ostatnich zajęła nas szczególnie sprawa możliwości zwiększenia siły znieczulającej perkainy zapomocą pewnych dodatków, a przez to możliwości użycia więcej rozcieńczonych roztworów względnie mniejszych dawek i zapobiegania ewentualnie grożącym niebezpieczeństwom.

Jak wynika z dotychczasowego piśmiennictwa używano dotąd jedynie roztworów perkainy w 0.9% roztworze chlorku sodu stosując się do przepisów fabryki, względnie tylko modyfikowano zawartość chlorku sodu celem zmiany ciężaru właściwego roztworów przy znieczuleniu lędźwiowem (Jones). Szczególną uwagę zwróciliśmy na *jony potasu.* Jony te odznaczają się wielką wnikliwością do wnętrza komórek zwłaszcza nerwowych, które w odpowiednich stężeniach szybko porażają, przyczem, jak to wykazał Szajna 6) w swych doświadczeniach na wymoczkach kokaina, względnie nowokaina, działają rozluźniająco na błonę komórkową, umożliwiając silniejsze wnikanie potasu, co wzmaga znacznie sumaryczne działanie znieczulające. Jony potasu są już

od lat wielu w użyciu praktycznem pod postacią siarczanu potasu dodawanego do roztworów nowokainy (Kochmann i Hoffmann[7]), a korzystne działanie chlorku potasu szczególnie przy znieczulaniu rdzeniowem nowokainą wykazali doświadczalnie i klinicznie Hilarowicz i Szajna[8]). Należało przypuścić, że powyższe własności jonów potasu dadzą się wyzyskać również i dla perkainy.

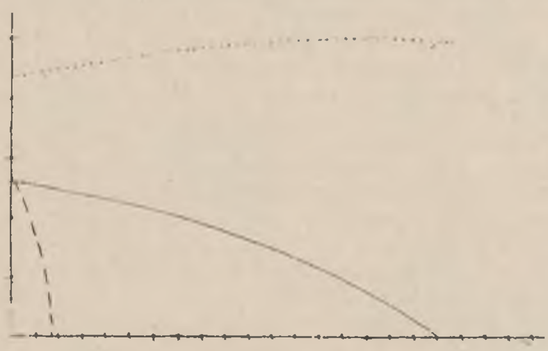
Z pierwszych doświadczeń, które potwierdziły w zupełności powyższe przypuszczenie teoretyczne, pragniemy zdać tutaj w krótkości sprawę.

W pierwszej grupie doświadczeń badaliśmy różnicę w działaniu roztworów perkainy zawierających dodatek chlorku sodu lub siarczanu potasu w stężeniach równoważnych na izolowane nerwy żaby, obserwując zachowanie się pobudliwości tychże przy użyciu prądu faradycznego; próg pobudliwości oznaczaliśmy odległością cewek w stałych odstępach czasu. W tym celu umieszczaliśmy preparat nerwowo-mięśniowy żaby na płycie parafinowej opatrzonej małem wyżłobieniem w ten sposób, że część nerwu położona pomiędzy elektrodami a łapką spoczywała w wyżłobieniu, gdzie mogła być poddana działaniu odpowiedniego płynu



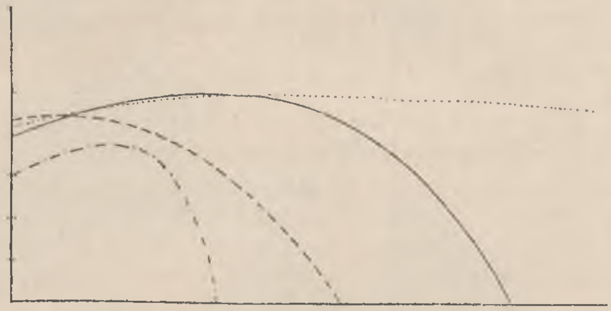
Ryc. 1. N — nerw, Ł — łapka, E — elektrody prądu farad. P — miejsce działania badanego płynu.

zanurzając się w nim zupełnie na pewnej przestrzeni (Ryc 1). Próg pobudliwości oznaczaliśmy przed zadziałaniem środka znieczulającego, zaraz potem oraz w dalszych równych odstępach czasu trwających 2—5 minut. Do porównania używaliśmy roztworów perkainy o stężeniu 1—10‰ w 0.65% (roztwór fizjologiczny dla zimnokrwistych) chlorku sodu lub odpowiadającym mu osmotycznie 0,9% siarczanie potasu. Z licznych prób tego typu, które wszystkie dały zgodny i jednoznaczny wynik podamy na tem miejscu kilka wykresów, w których na osi odciętych oznaczono czas w minutach, na osi zaś rzędnych odległość cewek w centymetrach. Jak widać z wykresów tych (wykres na Ryc. 2, 3, 4) różnica w działaniu obydwu porównywanych płynów jest bardzo wybitna; krzywa, odpowiadająca perkainie z K_2SO_4 (linja kreskowana), obniża się o wiele bardziej stromo niż krzywa per-



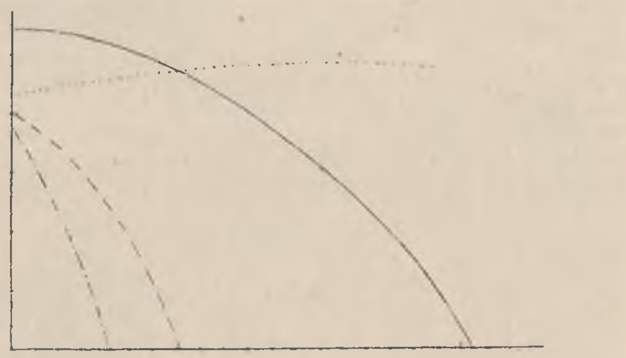
Ryc. 2. Wykres przedstawiający działanie 5‰ perkainy z dodatkiem 0.65% Na Cl (linja ciągła), 5‰ perkainy z dodatkiem 0.9% K_2SO_4 (linja kreskowana) oraz samego 0.9% K_2SO_4 (linja kropkowana) na pobudliwość nerwu żaby. Jedna kreska na osi odciętych odpowiada 1 minucie, jedna kreska na osi rzędnych 10 cm odległości cewek (oznaczenie dowolne).

kainy z NaCl (linja ciągła), osiągając poziom zerowy znacznie prędzej, w czasie nieraz wielokrotnie mniejszym niż ta ostatnia. Ta różnica w działaniu zaznacza się szczególnie wybitnie na wykresie Nr. 2, gdzie działanie perkainy 5‰ z siarczanem potasu jest o wiele szybsze niż perkainy 1%, t. j. o stężeniu dwukrotnie silniejszem z chlorkiem sodu. Sam siarczan potasu w identycznem stężeniu niema prawie żadnego wpływu na pobudliwość (linja kropkowana). Należy nadmienić, że podobny, jeszcze silniejszy wpływ na perkainę ma siarczan magnezu (linja kreskowano-kropkowana), co jest przedmiotem dalszych, osobnych badań. Różnice w kształcie krzywych zależą w pewnym stopniu od własności osobniczych preparatu, a zwłaszcza nader różnej pobudliwości początkowej nerwu, przyczem krzywe okazują niekiedy zrazu lekkie wzniesienie, co należy odnieść do wpływów zewnętrznych wzmagających pobudliwość.



Ryc. 3. Wykres przedstawiający działanie 1% perkainy + 0.65% Na Cl (linja ciągła), 5‰ perkainy + 0.9% K_2SO_4, (linja kreskowana), 5‰ perkainy + 1.8% Mg SO_4 (linja kreskowo-kropkowana) i samego 0.9% K_2SO_4 (linja kropkowana). Czas i odległość cewek oznaczona jak na Ryc. 2.

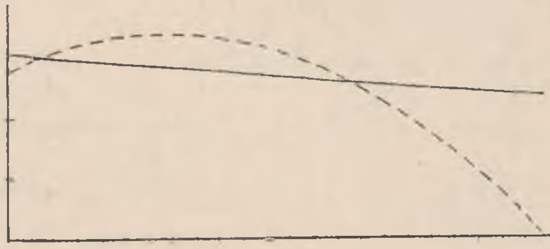
Zupełnie zgodny wynik osiągnęliśmy w analogicznych doświadczeniach na pniach nerwowych psa. W tych doświadczeniach w lekkiem uśpieniu eterowem odsłanialiśmy obydwa nerwy kulszowe i badaliśmy ich pobudliwość, jakoteż zachowanie się odruchów z łapy przed i po zadziałaniu roztworów perkainy z dodatkiem chlorku sodu względnie siarczanu sodu lub mieszaniny tych ostatnich używanej powszechnie jako dodatek wzmacniający siłę znieczulającą nowokainy. Działanie uzyskiwaliśmy przez otulenie pewnej przestrzeni uwolnionego z otoczenia nerwu watą napojoną danym roztworem. Wykres (Ryc. Nr. 5) przedstawia przebieg takiego doświadczenia, w którem perkaina 1‰ w roztczynie 0.7% NaCl + 0.4% K_2SO_4 (płyn do rozcieńczania nowokainy) zniosła pobudliwość nerwu w przeciągu 48 minut, podczas gdy perkaina o tem samem stężeniu rozpuszczona w 0.9% NaCl po 75 minutach obniżyła ją tylko do progu z 32 na 12 cm.



Ryc. 4. Wykres jak na Ryc. 3. Perkaina 5‰ z dodatkiem Na Cl, K_2SO_4, Mg SO_4 i sam K_2SO_4. Oznaczenie jak na Ryc. 3.

Wreszcie porównywaliśmy siłę znieczulającą roztworów perkainy z dodatkiem Na Cl lub K_2SO_4 w odniesieniu do skóry u żaby, a więc ich wpływ na zakończenia czuciowe; działanie to jest podobne do działania znieczulającego na błony śluzowe. W tym celu posługiwaliśmy się odruchem Türcka w sposób następujący: Po przecięciu rdzenia tuż poniżej rdzenia przedłużonego i wymóżdżeniu żaby umieszczaliśmy jej obie tylne łapki w dwóch szerokich probówkach zanurzając je jednakowo głęboko w zawartych tam dwóch różnych porównywanych płynach, tj. roztworze perkainy o rozmaitem stężeniu z dodatkiem 0.65% Na Cl lub 0.9% K_2SO_4 (stężenia izotoniczne). Po upływie różnych okresów czasu zanurzaliśmy łapki w rozcieńczonym kwasie siarkowym, obserwując odruch Türka. Zachodziły wówczas możliwości trojakiego rodzaju: 1) Obie łapki okazywały zupełne znieczulenie, brak odruchu, 2) obie łapki były jeszcze nieznieczulone, wskutek czego odruch był obustronny, 3) tylko jedna łapka była znieczulona, podczas gdy druga objawiała mniej lub więcej żywy odruch. To trojakie zachowanie się było zależne od stężenia perkainy i czasu jej działania, przyczem przy odpowiednim doborze stężeń występowało zachowanie się według punktu trzeciego, tak, iż łapka zanurzona w roztworze perkainy w K_2SO_4 okazywała brak odruchu, przy żywym jeszcze odruchu łapki drugiej poddanej działaniu perkainy w Na Cl. I tak n. p. perkaina w stężeniu 2‰ roz-

puszczona w 0.9% K_2SO_4 działając przez 20 minut znosi zupełnie odruch Türcka (c. wł. kwasu siarkowego około 1.006), podczas gdy takiż roztwór perkainy w 0.65% Na Cl działając w przeciągu tego samego czasu nie ma na odruch wpływu lub nieco go tylko opóźnia. Wynik ten bardzo stały i wyraźny otrzymywaliśmy w kilkunastu doświadczeniach.



Ryc. 5. Wykres przedstawiający działanie 1‰ perkainy w 0.9% Na Cl (linja ciągła) i 1‰ perkainy w 0.7% Na Cl + 0.4% K_2SO_4 (linja kreskowana) na pobudliwość nerwu kulszowego psa. Czas i odległość cewek oznaczone jak wyżej.

Wyniki badań powyższych okazują pewne wahania, a wartość osiągniętych liczb zależy w znacznym stopniu od różnych czynników, ma więc tylko wartość względną; ponieważ jednak porównanie dwóch roztworów badanych ściśle w jednakowych warunkach pozwoliło nam uzyskać w wielokrotnych doświadczeniach zawsze wynik jednoznaczny, możemy na ich podstawie wnioskować o bardzo wybitnym wpływie jonów potasu w kierunku wzmożenia siły znieczulającej perkainy.

Pierwsze próby w naszej klinice w których porównywano działanie dodatku K_2SO_4 do perkainy zapomocą bąbli skórnych na skórze własnej (Dr. Sowiakowski) są zgodne w zupełności z wyżej opisanemi doświadczeniami. Również zastosowanie roztworów perkainy z K_2SO_4 u chorych do znieczulenia nerwów trzewnych oraz do znieczulenia rdzeniowego dało wyniki nadspodziewanie korzystne.

Wyniki dalszych badań doświadczalnych, będących obecnie w toku, oraz zastosowania klinicznego na większym materjale zostaną wkrótce ogłoszone.

Piśmiennictwo.

1) Nark. u. Anesth. 1929, 6. — 2) Kl. Woch. 1929. 31. — 3) Zbl. f. Chir. 1930. 48. tamże piśmiennictwo. — 4) Zbl. f. Chir. 1929. 42. — 5) Zbl. f. Chir. 1930. 3. — 6) Polska Gaz. lek. 1927. 42. — 7) B. z. kl. Chir. 1914. T. 91. — 8) a) Zeitschr. ges. exp. Med. T. 64. 3/4. — b) Zeitschr. ges. exp. Med. T. 64. 5/6. — c) Pol. Gaz. lek. 1928. 33/34.

Dr. S. NEUMARK, Łódź.
A. GŁOGOWSKA, chemiczka Kasy Chorych.

Rola gruczołów dokrewnych w gospodarce cholesteryny ustroju.

Z polikliniki chorób skórno-wenerycznych (Dr. S. Neumark) oraz pracowni chemiczno-bakterjologicznej (Kierownik Dr. E. Seliwanowa) Kasy Chorych w Łodzi.

Dokończenie.

Badania nasze, wykazujące po raz pierwszy, iż po wstrzyknięciu małych dawek ergotaminy występuje zwiększenie poziomu cholesteryny we krwi i że po jednoczesnem wstrzyknięciu adrenaliny i ergotaminy hipercholesterynemja ta może się utrzymać, natomiast jak wykazują badania niektórych autorów zarówno jak i spostrzeżenia własne, że po wstrzyknięciu większych dawek wyciągu z tarczycy, lub po długotrwałem podawaniu przetworów tarczycowych (Leupold), względnie przy hiperfunkcji tarczycy (Knauer) oraz chorobie Basedowa stwierdzić można obniżenie poziomu cholesteryny we krwi, podczas gdy przy hipofunkcji tarczycy (*Myxoedema)* poziom ten wzrasta, również przemawiają za tem, iż *należy uważać ergotaminę raczej jako antagonistę hormonu tarczycowego, niż nadnerczowego.*

Należy jednakże zaznaczyć, iż różne substancje trujące pochodzenia nieorganicznego lub organicznego, jak fosfor, arszenik, octan talu (Buschke i Markus), kolargol, względnie alkaloidy, jak strychnina, saponina, digitonina, wreszcie toksyny, jak toksyna błonicza, wywołują również zwiększenie poziomu cholesteryny we krwi, prawdopodobnie w celu zneutralizowania ich działania. W każdym bądź razie stwierdzona przez nas hipercholesterynemja poergotaminowa jest nader ciekawa i wymaga doświadczalnego wyjaśnienia mechanizmu jej powstawania.

Jeżeli adrenalina wywołuje zwiększoną cholesterynemję, należałoby się spodziewać, iż po wstrzyknięciu insuliny nastąpić musi obniżenie poziomu cholesteryny we krwi. Przy cukrzycy, zachodzącej często z hipercholesterynemją i z hiperlipemją stwierdzono, iż insulina wstrzyknięta podskórnie zmniejsza zawartość zarówno cholesteryny jak tłuszczów obojętnych we krwi, co według Lombroso, Nitzescu i Cadariu należy tłumaczyć tem, że hormon trzustki pośrednio oddziaływa na przemianę tłuszczów obojętnych i cholesteryny w ustroju, zwiększając ich rozkład w wątrobie i w płucach. Loeper, Lemaire i Tonnet stwierdzili doświadczalnie, iż insulina zwiększa zdolność surowicy krwi utrzymywania cholesteryny w roztworze koloidalnym. Być może tem objaśnić można dobry skutek leczenia insuliną kępków żółtych *(Xanthoma tub.)*, zachodzących niekiedy z wybitną hipercholesterynemją na tle cukrzycy lub niedomogi wątroby. (Chauffard, Brodier i Joanovitch, Eugmann i Weiss, Flandin, Ducortioux i Péchery), gdyż w wielu wypadkach po zastosowaniu insuliny następowało nietylko znaczne obniżenie poziomu cholesteryny we krwi, lecz i zniknięcie objawów chorobowych skóry. Insulina może jednak oddziaływać wyłącznie na hipercholesterynemję bez jednoczesnego wpływu na wchłanianie kępków żółtych lub też przeciwnie może spowodować zniknięcie zmian chorobowych skóry przy niezmienionym poziomie cholesteryny we krwi. Natomiast według szeregu autorów (Nitzescu, Popescu i Cadariu, Bickel i Colazzo, Raab etc.) insulina nie wpływa na poziom cholesteryny i tłuszczów obojętnych we krwi osobników zdrowych. Badania własne wykazały, że u *chorych niecukrzycowych, lecz odznaczających się hipercholesterynemją zarówno jak u chorych z normalną cholesterynemją wstrzyknięcie 10—20 jednostek insuliny zmniejsza poziom cholesteryny we krwi, w innych przypadkach z normalną lub obniżoną cholesterynemją insulina pozostaje bez wpływu na poziom cholesteryny, w pojedynczych przypadkach następuje nawet lekkie przejściowe zwiększenie zawartości cholesteryny w surowicy krwi, co wskazuje na dwufazowe działanie insuliny.*

Oprócz nadnerczy i trzustki jeszcze inne gruczoły dokrewne biorą udział w uregulowaniu poziomu cholesteryny we krwi. Rola gruczołów płciowych w przemianie cholesteryny w ustroju była szczególnie podkreślana przez Chauffard'a i jego szkołę. Zwiększenie zawartości cholesteryny we krwi podczas menstruacji, ciąży oraz przy braku miesiączki przemawia za tem, iż prawdopodobnie hormon jajników oddziaływa na cholesterynemję. Nina Triffon stwierdziła u trzebionych suk zwiększenie poziomu cholesteryny we krwi, natomiast Baumann i Holly doszli do wręcz przeciwnych wyników u trzebionych królików. Na czynnościową współzależność kory nadnerczy oraz jajników w związku ze zaburzeniami w gospodarce cholesteryny ustroju zwrócili szczególną uwagę w pierwszym rzędzie Leupold i współpracownicy. Doświadczenie, iż w gruczołach płciowych znajdują się lipoidy niekiedy w dość znacznej ilości odpowiednio do stanu czynnościowego nie może być objaśnione li tylko zwykłym magazynowaniem. Uważaliśmy przeto za wskazane zbadać wpływ hormonu jajnikowego na cholesterynemję. Badania nasze wykazały, *iż po wstrzyknięciu małych dawek menformon-follikuliny (1 ampułka) śródmięśniowo występuje zwiększona cholesterynemja wprawdzie nieznacznego stopnia; zgodnie z dwufazowością wszystkich hormonów stwierdzić można również po menformon-follikulinie następowe obniżenie poziomu cholesteryny we krwi.*

Wyniki te znalazły swe potwierdzenie w doświadczeniach Reiss'a na królikach. Badania B. Zondeck'a oraz innych autorów wykazały, iż płat przedni przysadki mózgowej wywiera przemożny wpływ na czynność gruczołów płciowych. Po wstrzyknięciu dużych dawek hormonu z płatu przedniego przysadki mózgowej stwierdzili Zondeck i współpracownicy znaczne zwiększenie poziomu cholesteryny we krwi (aż do 50%). Wyniki tych wszystkich badań potwierdzają wybitną rolę gruczołów płciowych w gospodarce cholesteryny oraz w uregulowaniu jej zawartości we krwi.

Zadać można pytanie, czy czynniki hamujące wydzielanie hormonu jajnikowego potrafią obniżyć poziom cholesteryny w surowicy krwi. Badania szeregu autorów (Zondeck i Aschheim, Laqueur i de Jong, Siegert, Dohrn etc.) wykazały, iż wstrzyknięcie królikom płci męskiej hormonu jajnikowego wpływa hamująco na stan czynnościowy i rozwój gruczołów płciowych. *Po zastrzyknięciu kobietom wyciągu z jąder śródmięśniowo stwierdziliśmy w kilku przypadkach wyraźne zmniejszenie zawartości cholesteryny we krwi.*

Wyniki te są naogół dość niejednolite, należy bowiem przyjąć pod uwagę, iż wstrzyknięcie kobietom wyciągów z jąder wywołuje

Tabela IV.

Cholesterynemja po wstrzyknięciu insuliny (10—20 jednostek podskórnie) na czczo.

Data badania	Imię i nazwisko	Cholesteryna całkowita w surowicy krwi przed wstrzyknięciem ‰	½ godziny później przed wstrzyknięciem ‰	1 godzina po wstrzyknięciu ‰	2 godziny ‰	3 godziny ‰	Uwagi
11/V. 27	T· Br.	1.46	—	1.2	1.51	1·05	Eczema seborrhoicum 10 jednostek
VI. 27	Sz. W.	1.39	—	0.99	0.83	—	Eczema acut. 20 jedn.
II. 28	M. W.	2.21	—	2.59	1.99	—	Psoriasis 20 jedn.
II. 28	K. A.	0.95	—	0.92	1.25	1.21	Lues lat. 10 jedn.
III. 28	G. J.	0.68	—	0.66	0.7	0.6	Lues lat. 20 jedn.
III. 28	G. A.	1.02	—	1.26	1.37	0.92	Pruritus vulvae 10 jedn.
III. 28	R. M.	0.78	0.68	0.68	0.68	—	Psoriasis generalisata 10 jedn.
IV. 28	R. H.	1.39	—	1.4	1.25	0.91	Lupus vulg. faciei 20 jedn.
V. 28	K. St.	1.76	1.32	1.73	1.84	1.88	Psoriasis 10 jedn.
VI. 28	M. W.	3.12	—	2.77	2.12	2.22	Eczema chronicum. 10 jedn.

Tabela V

Cholesterynemja po wstrzyknięciu menformon-folliculiny (1 ampułka śródmięśniowo) na czczo.

Data badania	Imię i nazwisko	Cholesteryna całkowita przed wstrzyknięciem ‰	½ godz. później przed wstrzykn. ‰	½ godz. po wstrzykn. ‰	1 godzina ‰	1½ godz. ‰	2 godziny ‰	Uwagi
VI. 28	B. Fl.	1.59	1.46	1.49	1.98	1.49	1.20	Eczema
30/VI. 28	N. K.	2.19	1.58	1.70	1.99	2.44	2.22	Vitiligo
27/X. 28	B. Sz.	1.41	1.17	1.22	1.20	1.20	1.12	Erythrocyanosis crurum
2/XI. 28	B. G.	0.91	0.91	1.11	1.20	1.21	0.98	Psoriasis
5/XI. 28	S. K.	1.02	1.06	1.20	1.17	1.21	0.90	Neurodermitis
10/XII. 28	O. Fr.	1.25	1.17	1.35	1.26	1.50	1.23	Urticaria
17/XII. 28	W. Z.	1.27	1.35	1.53	1.56	1.53	1.67	Eczema 2 ampułki

Tabela VI.

Cholesterynemja po wstrzyknięciu wyciągu z jąder (2 cm^3 śródmięśniowo) na czczo.

Data badania	Imię i nazwisko	Cholesteryna całkowita przed wstrzyknięciem ‰	½ godziny po wstrzyknięciu ‰	1 godzina po wstrzyknięciu ‰	1½ godziny ‰	2 godziny ‰	Uwagi
14/VIII. 28	D. St.	2.58	1.91	2.09	—	2.09	Eczema
22/VIII. 28	D. A.	1.15	1.04	0.88	0.78	0.99	Lues latens
26/IX. 28	Kr. M.	1.62	1.83	1.76	1.69	1.55	Gonorrhea
4/X. 28	F. Fr.	1.46	1.10	0.97	1.01	1.20	Vitiligo
4/X. 28	C. T	1.38	1.58	1.29	1.43	1.40	Eczema acutum

Tabela VII.

Cholesterynemja po wstrzyknięciu wyciągu z tarczycy (1 ampułka śródmięśniowo) na czczo.

Data badania	Imię i nazwisko	Cholesteryna całkowita przed wstrzyknięciem ‰	½ godz. przed wstrzykn. ‰	½ godz. po wstrzykn. ‰	1 godz. ‰	1½ godz. ‰	2 godz. ‰	Uwagi
28/II. 29	K. A.	1.57	1.50	1.22	1.37	1.49	1.65	Eczema
11/V. 29	F. M.	1.15	1.53	1.60	1.75	1.95	1.63	Psoriasis
5/VI. 29	B. St.	1.84	2.40	1.71	1.20	1.83	—	Gonorrhea
11/VI 29	K. M.	2.35	2.00	2.25	2.08	2.22	2.66	Lues latens
12/VI. 29	S. K.	1.12	—	1.27	1.22	0.93	—	Lupus erythematodes faciei
19/VII. 29	B. G.	1.56	1.38	1.35	1.32	1.27	1.35	Psoriasis
21/VII. 29	T. B.	1.23	1.67	1.87	—	1.60	2.55	Eczema 2 ampułki

często wstrząs z następowemi zmianami fizyko-chemicznemi we krwi i w komórkach ustroju.

Spostrzeżenia kliniczne oraz doświadczalne wskazują na to, iż prawdopodobnie również tarczyca wywiera pewien wpływ na gospodarkę cholesteryny w ustroju wogóle, a na ukształtowanie poziomu cholesteryny we krwi w szczególności. Po tyreoidektomji stwierdzono zwiększoną zawartość lipoidów względnie cholesteryny we krwi (Rémond, Colombiez i Bernardberg). Artom znalazł w wątrobie zwierząt doświadczalnych (psów, świnek morskich i królików), pozbawionych tarczycy drogą operacyjną znacznie zwiększoną ilość cholesteryny przy zmniejszonej zawartości fosfatydów i kwasów tłuszczowych. Przy nadczynności tarczycy poziom wszystkich frakcyj lipoidalnych, a zwłaszcza cholesteryny we krwi, ulega obniżeniu. W ciężkich przypadkach choroby Basedowa, zachodzących zwłaszcza ze wzmożoną przemianą podstawową występuje często hipocholesterynemja (Guy Laroche, Epstein i Laude), również po doświadczalnie wywołanej nadczynności tarczycy (Leupold, Nina Triffon, Knauer). *Po wstrzyknięciu śródmięśniowem małych dawek wyciągu tarczycy stwierdziliśmy u kobiet w przeciągu pierwszych 2 godzin w niektórych przypadkach mniej lub więcej zaznaczone zwiększenie poziomu cholesteryny w surowicy krwi, w innych natomiast nieznaczne obniżenie tegoż, naogół więc dwufazowe wahania.*

Co się tyczy innych gruczołów dokrewnych j. n. grasicy, gruczołów przytarczycowych w gospodarce cholesteryny, w szczególności zaś ich wpływu na cholesterynemję, wiemy o tem bardzo mało. W stosunku do grasicy, przemawia jej czynnościowa zależność od gruczołów płciowych (rozwój wsteczny grasicy w czasie dojrzałości płciowej, natomiast nienormalne długie trwanie tego gruczołu u kastratów), od tarczycy (hipertrofja grasicy w przypadkach Basedowa, również w niektórych przypadkach *myxoedema* i po tyreoidektomji) na korzyść poglądu, iż prawdopodobnie grasica oddziaływa na gospodarkę cholesteryny w ustroju. Bernhardt i Zaleski naświetlali promieniami Roentgena tarczycę i grasicę u łuszczycowych i stwierdzili, że u chorych z hipercholesterynemją następowało po naświetlaniu kach z hipocholesterynemją wpływ naświetlania był wręcz odwrotny.

Wyd. im. Dr. med. Ksawerego Wytraszewskiego.

Niektóre spostrzeżenia świadczą o tem, iż prawdopodobnie gruczoły przytarczycowe posiadają pewne znaczenie w przemianie tłuszczów i lipoidów, a zwłaszcza cholesteryny ustroju. Rémond, Colombier i Bernardberg stwierdzili hipercholesterynemję po operacyjnem wycięciu tych gruczołów. Występowanie acetonurji po paratyreoidektomji przemawia za udziałem wymienionych gruczołów w przemianie tłuszczowej. Istnienie zaburzeń w równowadze jonowej (zmniejszona zawartość wapnia we krwi, natomiast zatrzymanie fosforu), początkowa alkaloza z następową kwasicą (podczas napadu drgawkowego) również wpłynąć mogą na zachowanie się poziomu tłuszczów i lipoidów we krwi w związku z występującemi jednocześnie zaburzeniami w ogólnej przemianie materji.

W związku z własnemi badaniami o wpływie hormonów na cholesterynemję mieliśmy możność uwzględnienia tylko części dostępnego nam piśmiennictwa dotyczącego roli gruczołów dokrewnych w gospodarce lipoidów, a zwłaszcza cholesteryny ustroju. Wielkie znaczenie tych zagadnień jest niewątpliwe, natomiast ich rozwiązanie jest połączone ze znacznemi trudnościami, gdyż przy wszystkich tego rodzaju badaniach zawsze należy wziąć pod uwagę czynnościową współzależność wszystkich gruczołów dokrewnych, przy jednoczesnem uwzględnieniu związku, istniejącego pomiędzy ogólną przemianą tłuszczów, a lipoidów oraz gospodarkę jonową w ustroju. Rzecz zrozumiała, iż stwierdzenie wahań zawartości cholesteryny we krwi nie jest jeszcze dostatecznym wskaźnikiem zaburzeń w gospodarce cholesteryny, gdyż bilans cholesteryny, t. j. stosunek cholesteryny wchłoniętej z pokarmem, względnie zesyntetyzowanej w ustroju do spotrzebowanej przez tkanki, względnie wydzielonej na zewnątrz, pozostaje przecież niewyjaśniony. Z przeciętnego poziomu cholesteryny we krwi nie można wywnioskować, czy jest on wynikiem zwiększonej syntezy cholesteryny w narządach, względnie wzmożonego wyładowania jej do obiegu krwi, czy też skutkiem zmniejszonego rozkładu w tkankach, względnie wydzielenia na zewnątrz i odwrotnie. Zastosowanie kolorymetrycznych metod badania nie daje nam przytem możności określenia stosunku cholesteryny wolnej do związanej oraz do innych frakcyj lipoidalnych we krwi. Istnienie wahań zawartości cholesteryny całkowitej w surowicy krwi po zastrzyknięciu różnych hormonów wskazuje jedynie w ogólnych zarysach na przypuszczalną rolę poszczególnych gruczołów dokrewnych w uregulowaniu gospodarki cholesteryny ustroju.

Piśmiennictwo:

Achard: Troubles des echanges nutritifs. T. II, 1926, Masson. — Adlersberg i Porges: Kl. Woch. 1925, N. 31. — Bernhard i Zaleski: Przegl. Derm. 1925, N. 2. — Beumer i Lehmann: Zschr. f. exp. Med. 1923, T. 37. — Buschke i Markus: Kl. Woch. 1929, N. 24. — Bugnard: Soc. de biol. 1929. T. 101, str. 541, 765. — Chauffard, Guy-Laroche i Grigout: Ann. de Med. 1920. Str. 69, 148, 321. — Chauffard i Guy Laroche: Malad. de la nutrition, Maloine 1922, S. 109—143. Chauffard i Brodin: Soc. med. des hôp. séance du 18 Juin 1926. — Combes: Soc. arg. de biol. 1928, str. 1438. — Dohrn: W. Kl. Woch. 1928, N. 17. — Eugmann i Weiss: Arch. of Derm. 1923, ref. Ann. de derm. 1925, str. 345. — Fejgin, Cygielstreich i Marjanko: Polska Gaz. Lek. 1929, N. 4, N. 9. — Flandin, Ducourtioux i Péchery: Soc. de Derm. Séance du 11 Mars 1926. — Glaser: Kl. Woch. 1927, N. 50. — Guy Laroche: Presse méd. 1929, N. 17. — Hueck: Verh. d. Deutschen Path. Ges. Wuerzburg 1925. — Joannowitch: Soc. de biol. 1924, séance du 21 juin. — Kepinow i Petit-Dutaillis: Soc. de biol. T. 103. N. 4, 1930. — Knauer: Ergebnisse der Lipoidstoffwechselforschung 1926. — Karger: Kl. Woch. 1929, N. 38. — Laqueur i de Jong: Kl. Woch. 1928, N. 39. — Leites: Bioch. Zschr. T. 190, Z. 4/6, S. 287. T. 184 Z. 4/6, S. 311, 300. 273. T. 186, S. 436, T. 198 S. 157. — Derman i Leites: Virch. Arch. T. 268, Z. 2. — Leupold: Der Cholesterinstoffwechsel Handb. d. norm. und path. Phys. T. V. S. 1095—1142. — Leupold i Seisser: Arch. f. Gyn. T. 119, N. 3. — Loeper, Lemaire i Tonnet: Soc. de biol. 1928, Nr. 2. — Loeper i Lemaire: Soc. de biol. 1928, séance de 10 janv. — Loeper, Lemaire i Lesure: Ibid. — Nitzescu, Popescu-Inotesti i Cadariu: Soc. roum. de biol. 1924, séance du 8 mars. — Nitzescu i Cadariu: Soc. roum. de biol. 1924, séance du 20 dec. — Nitzescu i Benetato: Ibid. —

S. Neumark: Soc. de biol. 1931, T. 104, N. 26, str. 1123, 1125, 1126. — Reiss: Kl. Woch. 1928, N. 18, str. 849. — Rémond, Colombier i Bernardberg: Soc. de biol. 1924, str. 1029. — Rothlin: Kl. Woch. 1925, N. 30. Rev. neur. 1926, str. 1108. — Siegert: Med. kl. 1928, N. 40. — Trendelenburg: Die Hormone, Springer 1929. — Triffon Nina: Soc. roum. de biol. 1929, séance du 28 févr. str. 232, 233. — Van de Velde: Soc. belge de biol. 1927, str. 1825. — Versé: Verh. d. Deutschen Pat. Ges. Würzburg 1925. — Viale i Bruno: Soc. de biol. 1927, str. 261, 266. — B. Zondeck. Kl. Woch. 1929, N. 4. — B. Zondeck i Aschheim: Kl. Woch. 1926, N. 10, 1928, N. 18.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Marjan KUSIAK Kraków.

Samorodne pęknięcie śledziony w przebiegu leczenia zimnicą porażenia postępującego.

Z Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Dyrektor: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Nietylko w toku zimnicy, wywołanej naturalnem zakażeniem ustroju ludzkiego pasorzytami swoistemi, ale także przy zaszczepieniu ich w celach leczniczych w przebiegu schorzeń układu nerwowego na tle kiłowem, a przedewszystkiem w toku porażenia postępującego, musimy się liczyć — zwłaszcza w ciężkich postaciach zimnicy — z możliwością zejścia śmiertelnego wskutek działania jedynie tylko pasorzyta zimnicy bez jakichkolwiek dołączających się ubocznych groźnych powikłań.

Seyfarth uważa pęknięcie śledziony za jedną z przyczyn śmierci na tle samej tylko zimnicy naturalnej. Zdarza się ono stosunkowo rzadko, wiedzie prawie zawsze do śmierci, a klinicznie przebiega w przypadkach szybkiego zejścia śmiertelnego wśród objawów ostrej niedokrwistości, zaznaczającej się ogólną bladością ciała, przyśpieszonem, nieregularnem, ledwo wyczuwalnem tętnem, uczuciem leku, szumem w uszach, zimnemi potami, dusznością, spadkiem ciepłoty ciała i t. p. Śledziona wówczas wskutek szybko rozwijającego się obrzęku ostrego nagle powiększa się znacznie, przez co powstaje napięcie torebki śledzionowej bądźto cienkiej, bądźto chorobowo zmienionej, a przez to jak n. p. w wieku późniejszym mniej elastycznej. Wtedy torebka śledziony niekiedy pęka pod wpływem zadziałania urazu w postaci np. upadku, uderzenia w brzuch, kaszlu, wymiotów, działania tłoczni brzusznej, nakłucia śledziony i t. p., lub nawet pęka samorodnie bez wykazalnej przyczyny przypadkowej.

Spostrzeżeń pęknięcia śledziony w toku naturalnej zimnicy, obejmujących jużto samą torebkę, jużto sam miąższ, już też zarówno torebkę i miąższ, a wywołanych urazem, ogłoszono w literaturze znaczną liczbę; natomiast samorodnych pęknięć w zimnicy naturalnej bez zadziałania urazu opisano zaledwie kilkanaście (w nowszem piśmiennictwie: Aievoli 1923, Benda 1922, Cignozzi 1923, Henessy 1920, Ingram 1921, Leighton 1921, Masmonteil 1920, Massari 1920, Pendl 1921, Raison 1920, Rowan 1919, Rudolf 1924, Sheaf 1920, Skevington 1920 r.).

Na możliwość samorodnego pęknięcia śledziony w toku zimnicy sztucznie wywołanej w celach leczniczych nie zwracano dotąd uwagi i może nawet z tem niebezpieczeństwem wcale się nie liczono. Trzeba tutaj podkreślić, że często wcale niema obrzęku śledziony przy szczepionej zimnicy i że pojawia się on częściej dopiero przy ponownem zakażeniu, na co zwraca uwagę Gerstmann w swem dziele o leczeniu porażenia postępującego. Okazuje się jednak, że niebezpieczeństwo pęknięcia śledziony w zimnicy zaszczepionej leczniczo istnieje. Ponieważ takich spostrzeżeń ogłoszono dotąd nader mało, zaledwo trzy, i świadomość tego niebezpieczeństwa niedość jest rozpowszechnioną, przeto opisuję czwarty taki przypadek. Z trzech dotąd znanych przypadków podaje dwa Trömmer, przyczem w jednym przypadku nie można całkiem stanowczo wykluczyć współdziałania urazu; trzeci przypadek opisali Jutz i Jacobi. W naszem spostrzeżeniu pęknięcie śledziony w przebiegu porażenia postępującego, leczonego zimnicą, powstało bez jakiegokolwiek urazu, choćby nawet w postaci niespokojnego zachowania się chorego.

Dnia 18. X. 1928 zgłosił się na oddział nerwowy Szpitala św. Łazarza w Krakowie K. P., mężczyzna l. 32. Przed 5 laty zaraził się kiłą, przebył dwukrotnie leczenie swoiste. Do dalszego leczenia zmusiły go niepokojący, szybki zanik pamięci, zacinanie się w mowie i niemożność dłuższej pracy z powodu bólów głowy i natręctwa myślowego. Odczyn Wassermanna z surowicy krwi i płynu mózgowordzeniowego silnie dodatni, jak również odczyn Nonne-Apelta silnie dodatni. Przedmiotowy wynik badania klinicznego dawał podstawy do rozpoznania porażenia postępującego.

Dnia 28. X. 1928 po dokładnem zbadaniu internistycznem, zwłaszcza narządu krążenia, zaszczepiono choremu zimnicę, wstrzykując dożylnie 5 cm³ krwi z chorego B., gorączkującego do 38,5° C. W 5 dniu po zaszczepieniu wystąpiła gorączka, w ciągu 4 następnych dni skoki ciepłoty ciała dochodziły do 40° C. Po 4 gorączce podano naparstnicę jako leczenie zabezpieczające.

Chory zniósł 10 napadów zimniczych bardzo dobrze, miał doskonały apetyt, czuł się dobrze, na żadne dolegliwości się nie skarżył, zachowywał się spokojnie, a przedmiotowo stwierdzało się nieznaczne powiększenie, niebolesne zresztą śledziony. Dnia 12. XI. 1928 o 6 wieczorem dreszcze, bezpośrednio po nich gorączka. O 8 wieczorem stwierdzono ciężki stan, tętno słabo napięte, ledwo wyczuwalne, ogólna bladość, ciepłota ciała 40° C; wstrzyknięto kamforę z kardiazolem. Po ½ godziny chory bardzo blady, przytomny, skarży się na bóle w jamie brzusznej, pokazując przytem na okolicę żołądka. Tętno niewyczuwalne, ciepłota ciała 38,5° C. Badaniem przedmiotowem nie stwierdzono poprzez wiotkie powłoki brzuszne żadnego patologicznego oporu w jamie brzusznej, ani bolesności. Mimo środków sercowych wśród objawów zapadu nastąpiła śmierć tegoż dnia o godz. 9,30 wieczorem.

Z wyniku sekcji (L. prot. 950 — 13. XI. 1928) wykonanej w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. J., przez asystenta Dr. Ściesińskiego, przytaczam tylko szczegóły konieczne:

Zwłoki mężczyzny wzrostu wysokiego, dobrej budowy i odżywienia. Na skórze ciała wybitnie bladej w tylnej części tułowia nieznaczne plamy pośmiertne. Brzuch równomiernie nieco wysklepiony. W jamie otrzewnej pośród trzew prawidłowo ułożonych około 3 litrów krwi częściowo płynnej, częściowo skrzepłej. Wymiary śledziony po ostrożnem wyjęciu wynoszą: długość 14 cm, szerokość 10,5 cm, grubość 3 cm, waga 340 g, objętość 300 cm³. Kształt ogólny zachowany, konsystencja bardzo miękka, torebka napięta silnie, cienka, gładka. Na bocznej powierzchni w 2/3 przedniogórnych częściach, na przestrzeni 7×5 cm prześwieca przez torebkę barwa ciemno-czerwona, zarazem torebka nieco więcej wypuklona: w innych częściach prześwieca przez torebkę barwa szaro-czerwona. Na tylnej granicy ciemnoczerwonego ogniska znajduje się szczelinowate pęknięcie torebki, długości 2 cm, z którego wystercza mały wiotki skrzepik krwi, barwy szarawo-czerwonej. Na tylnym brzegu śledziony znajduje się szczelinowate pęknięcie torebki długości 8 cm, przechodzące na powierzchnię żołądkową i nerkową śledziony. Z pod wolnego brzegu pękniętej torebki wysterczają skrzepy krwi, barwy wiśniowej, wielkości orzecha włoskiego, łatwo odrywające się. Na przekroju miąższ zupełnie rozpływa się, jest barwy szaro-czerwonej z odcieniem czarniawym, budowa śledziony zatarta. Naczynia śledziony makroskopowo niezmienione.

Badanie drobnowidowe śledziony wykonałem w marcu 1930. Obraz ostrego obrzęku z cechami charakterystycznemi dla śledziony zimniczej w postaci przekrwienia, zwiększenia ilości komórek miazgi czerwonej i składników układu siateczkowo-śródbłonkowego, obładowanych barwikiem malarycznym; gdzieniegdzie zaznacza się rozpad krwinek czerwonych. Grudki limfatyczne utrzymane. Pasorzyty zimnicze niezbyt liczne, rozrzucone w krwinkach czerwonych w rozmaitych postaciach rozwojowych, a przeważnie jako gamety. Barwik obficie rozsiany w drobnych grudkach po całym miąższu w komórkach i pozakomórkowo. Torebka śledzionowa jak również naczynia krwionośne niezmienione. Ciągłość włókien elastycznych zarówno torebki jak i naczyniek utrzymana. Nacieków zapalnych, zgrubień ani miejsc martwiczych w torebce lub też nacieków komórkowych w ścianie naczyń nie znalazłem.

W innych narządach były następujące zmiany chorobowe: zgrubienie i mleczne zabarwienie opon miękkich na sklepieniu półkul mózgowych, zwłaszcza w obrębie płatów czołowych, nagromadzenie większej ilości cieczy przejrzystej w przestrzeniach podpajęczynówkowych. Mózg wagi 1500 g, kształtów ogólnych prawidłowych z wyjątkiem równomiernego pomniejszenia obu płatów czołowych, z szerszemi w tej okolicy rowkami i zakrętami nieco zwężonemi. Na przekrojach istota korowa w obrębie płatów czołowych nieco zwężona, zresztą rysunek wszędzie zachowany. Komórki mózgowe zawierały kilka kropel cieczy przejrzystej; wyściółka komór zasiana jednostajnie drobniutkiemi szaremi ziarenkami, jakby posypana piaskiem. W jamach opłucnych w częściach szczytowych wiotkie zrosty, a w obrębie szczytu płuca prawego dość znaczne zwłóknienie, pośród których kilka ognisk serowatych wielkości ziarnka małego grochu. Jeden górny prawy gruczoł oskrzelowy zserowaciały. W tętnicy głównej około odejścia dużych naczyń nieznaczne nacieki lipoidowe. Mięsień sercowy, nerki i wątroba zwyrodniale miąższowo.

Rozpoznanie anatomiczne opiewało: *Fibrosis leptomeningum cerebri. Atrophia loborum frontalium cerebri. Ependymitis granularis. Fibrosis et noduli caseosi tuberculosi apicis pulmonis dextri. Synechiae fibrosae pleurales apicales ambilaterales. Tuberculosis caseosa lymphoglandulae peribronchialis superioris dextrae. Tumor lienis acutissimus. Melanosis lienis. Ruptura spontanea lienis ss. haemorrhagia in cavum peritonei et anaemia acuta. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis, renum.*

Zestawiając wynik sekcji i badania drobnowidowego, które stwierdziły, że niema ani spraw zapalnych w torebce śledziony lub około torebki, ani przejścia martwicy z miąższu śledzionowego na torebkę, ani krwotoków i uszkodzenia naczyń, ani cech przekrwienia śledziony na tle ostrej niedomogi serca, ani zmian przewlekłych w śledzionie na podłożu kiłowem — możemy przyjąć jedynie — po wykluczeniu urazu, opierając się na historji choroby i siedzibie pęknięcia, — iż w opisanym przypadku powstało samorodne pęknięcie torebki śledziony i rozerwanie miąższu z następowem śmiertelnem skrwawieniem się, wskutek niedostosowania się torebki do gwałtownej zmiany ciśnienia śródmiąższowego, wywołanej ostrym obrzękiem śledziony. Nie można natomiast na podstawie kilku tylko przypadków ogłoszonych dotychczas w piśmiennictwie wysnuwać żadnych wniosków, czy w pęknięciu samorodnem śledziony w przebiegu leczenia zimnicą ma jaki wpływ także wiek osobnika, czy może przebieg samego zakażenia pasorzytami zimniczemi.

Piśmiennictwo:

Trömmer i Baltzer: Klin. Woch. 1925. Nr. 45. — Jutz i Jacobi: Münch. Med. Woch. 1931. Nr. 10. — Henke-Lubarsch: Blut-Lymphknoten 1926 (Seyfarth: Die Malaria).

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. H. 4305/30.

Warszawa, dnia 20 marca 1931 r.

W sprawie bibljoteczek eugenicznych.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

W celu rozpowszechnienia zasad eugeniki w społeczeństwie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) prosi Pana Wojewodę (Pana Komisarza Rządu) o zalecenie podległym organom samorządowej służby zdrowia propagowania wydawnictw eugenicznych.

Następujące wydawnictwa nabywać można w biurze Polskiego Towarzystwa Eugenicznego, Warszawa ul. Nowy Świat Nr. 1.

Kwartalnik „Zagadnienia Rasy" w cenie zł. 12 rocznie oraz broszury w cenie od 45 gr. do 1 zł.

Cykl: „Biologiczny".

1. Prof. Fr. Venulet: „Dziedziczność a konstytucja".
2. Prof. M. Konopacki: „O komórkach płciowych, ich dojrzewaniu i zapłodnieniu".
3. Stef. Blank-Weissberg: „O powstawaniu płci".
4. Doc. Dr. Jan Mydlarski: „Typy antropologiczne i metody ich ujmowania".
5. Doc. Dr. J. Mydlarski: „Z zagadnień konstytucjonalizmu".
6. Prof. Dr. M. Skalińska: „Materjalne podstawy zjawisk dziedziczności".
7. Doc. Dr. J. Mydlarski. „Dziedziczność cech fizycznych u człowieka".

Cykl: „Eugeniczny".

1. Prezes Tow. Eug. Dr. Leon Wernic: „Aktualne zagadnienie ruchu eugenicznego wogóle, a w Polsce w szczególności".
2. Doc. Dr. Jan Mydlarski: „Podstawowe zagadnienia eugeniki".
3. Sędzia A. Müller: „Ustawodawstwo eugeniczne zagranicą i u nas".
4. Mag. pr. Stanisław Buczyński: „Sprawa urzednicza a eugenika".
5. Adw. Stefan Markusfeld: „Eugenika, psychotechnika a prawo".
6. Dr. J. Wernic: „Eugenika, a stosunek jej do higjeny szkolnej".
7. Dr. J. Babecki: „Zagadnienie zapobiegania ciąży i eugenika"
8. Doc. Neyman: „Statystyczne metody badań dziedziczności" i „O zasadach metody statystycznej w eugenice".
9. Dr. Zofja Golińska-Daszyńska: „Widmo Malthusa po wojnie światowej".
10. Doc. Dr. J. Neyman: „Sprawy polityki ludnościowej".
11. A. Tomorowicz. „Zapobieganie ciąży, a prawo".

Cykl: „O poradach przedślubnych".

1. Doc. Dr. Gustaw Szulc: „Gruźlica a małżeństwo".
2. Dr. Leon Wernic: „Zboczenia płciowe a małżeństwo".
3. Prof. Dr. M. Semerau-Siemianowski: „Wady serca a małżeństwo".
4. Prof. Dr. J. Mazurkiewicz: „Choroby umysłowe a małżeństwo".
5. Dr. Wł. Jarecki: „Choroby narządów słuchu i mowy a małżeństwo".
6. Doc. Dr. Lorentowicz: „Choroby kobiece, a małżeństwo" (w druku).
7. Dr. Leon Wernic: „Choroby weneryczne a małżeństwo" (w druku).

Cykl: „Weneryczny".

1. Dr. Stanisław Szerzeniewski: „Za winy niepopełnione" (wyd. trzecie).
2. Dr. Henryk Szczodrowski: „Syfilis i jego skutki" (wyd. trzecie).
3. Dr. M. Regelman: „Syfilis a dziecko" (wyd. drugie).
4. Dr. A. Straszyński: „Czy choroby weneryczne są uleczalne?".
5. Dr. Leon Wernic: „O chorobach wenerycznych" (w druku).

Cykl: „Małżeństwo, macierzyństwo i dziecko".

1. Dr. Zofja Golińska-Daszyńska: „Kwestja kobieca a małżeństwo" (wycz.).
2. Dyr. A. Rondthaler: „Metoda psychologji indywidualnej".
3. Prof. Dr. Baley: „Psychologja mężczyzny i kobiety".
4. Prof. Dr. Miecz. Michałowicz: „Psychologja dziecka i wychowanie dziecka i niemowlęcia".
5. Dr. G. Bychowski: „Zagadnienie wychowania seksualnego".
6. Prof. S. Bogdanowicz. „Zagadnienie wychowania seksualnego młodzieży szkolnej".

Cykl: „O wyborze zawodu i wychowaniu".

1. Pplk. Dr. Wł. Osmólski: „Rola sportu w wychowaniu etycznem".
2. Dr. Garlicka: „Praca zawodowa kobiet a macierzyństwo".
3. Dr. Czesław Wroczyński: „O zawodzie lekarza (wydanie drugie).
4. Min. T. Łopuszański: „O zawodzie nauczyciela" (wydanie drugie).
5. V.-Prez. Sądu Apel. K. Fleszyński: „O zawodzie prawnika" (wyd. drugie).
6. Doc. Inż. F. Pąkowski: „O zawodzie inżyniera".
7. Prof. J. Mikułowski-Pomorski: „O zawodzie rolnika".
8. Prof. E. Piasecki: „O zawodzie wychowawcy fizycznego".
9. Dyr. A. Morozewicz: „O zawodzie handlowca".
10. Pułk. T. Pełczyński: „O zawodzie oficera".
11. Dyr. E. Łuniński: „O zawodzie dziennikarza".
12. Prez. Zw. Prac. Państw. J. Stypiński: „O zawodzie urzędnika".
13. V-Pr. Sądu Ap. K. Fleszyński: „O zawodowem i społecznem zadaniu prawnika".
14. Prof. B. Nawroczyński: „O zawodzie nauczyciela".
15. Gen. L. Berbecki: „Prawdy zasadnicze o wojnie i wojsku, a powołanie oficera".
16. Prof. Marczewski: „O zawodzie artysty plastyka".
17. Prof. Bolesław Koskowski: „O zawodzie farmaceuty".
18. Prof. Zygmunt Szymanowski: „O zawodzie lekarza weterynarji".
19. Prof. Baley: „O znaczeniu wyboru zawodu" (w druku).

Cykl: „Wykłady dla lekarzy: Syfilis a dziecko".
Wyd. im. Dr. med. Ksawerego Watraszewskiego.

1. Prof. Dr. F. Krzyształowicz: „Zagadnienie przenoszenia kiły na potomstwo w rozwoju historycznym i w świetle najnowszych badań".
2. Doc. Dr. W. Melanowski: „Schorzenia narządu wzroku w kile wrodzonej".
3. Prof. Dr. Semerau-Siemianowski: „Gruczoły dokrewne a kiła wrodzona".
4. Prof. Dr. K. Orzechowski: „Schorzenia układu nerwowego w kile wrodzonej".

5. Dr. med. Adam Straszyński: „Serologja kiły wrodzonej".
6. Dr. med. Józef Handelsman: „Zaburzenia psychiczne w kile wrodzonej".
7. Dr. med. Br. Grocholski: „Schorzenia narządu słuchu, krtani, gardła i nosa w kile wrodzonej".

Dr. Piestrzyński,
Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. I. 202/31.

Warszawa, dnia 20 marca 1931 r.

Współpraca działu służby zdrowia z działem budowlanym w administracji.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Liczne inspekcje sanitarno-porządkowe na terenie wszystkich województw oraz większość sprawozdań P.P. Wojewodów z dziedziny sanitarnej wykazały w zakresie higjeny osiedli szereg uchybień, które pomimo najżywszej akcji sanitarno-porządkowej, nie mogły być dotychczas usunięte.

Zdarzają się wypadki, że budowle, wzniesione podług najnowszych wskazówek budownictwa, nie odpowiadają podstawowym zasadom higjeny; także przy sporządzaniu planów regulacyjnych i regjonalnych osiedli nie bierze się często pod uwagę właściwej szerokości ulic, wielkości działek budowlanych i położenia jednej dzielnicy w stosunku do drugiej, np. mieszkaniowej do przemysłowej.

Traci na tem zdrowie mieszkańców i powstają trudności w zastosowaniu do takich osiedli obowiązujących przepisów sanitarnych.

Jedną z głównych przyczyn takiego stanu rzeczy jest brak właściwego porozumiewania się i uzgodnienia w sprawach o charakterze budowlanym w obrębie władz administracji ogólnej.

W myśl § 11 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 30 czerwca 1930 r. w sprawie wewnętrznej organizacji starostw oraz trybu ich urzędowania, oraz § 10 projektu rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych w sprawie organizacji Urzędów Wojewódzkich oraz trybu załatwiania spraw w tych urzędach (przesłanego P. P. Wojewodom do zastosowania pismem z dnia 13 grudnia 1929 r. Nr. OL. 804/27 oraz wydrukowanego w Nr. 6. Gazety Administracji i Policji Państwowej), wszystkie Wydziały, a w ich obrębie oddziały (referenci) działają w ścisłem porozumieniu, udzielając sobie do wglądu w miarę potrzeby przed lub po załatwieniu te sprawy, które pozostają w związku z ich zakresem działania.

W celu należytego zabezpieczenia na przyszłość warunków higjenicznych w osiedlach oraz uniknięcia uchybień sanitarno-porządkowych, wskazane jest zgodnie z wymienionemi paragrafami powołanego wyżej rozporządzenia utrzymanie stałego i bliskiego kontaktu pomiędzy działem administracji służby zdrowia i budowlanym w postaci porozumiewania się i opinjowania w wypadkach zabudowania, planowania i rozbudowy osiedli.

Z uwagi na powyższe Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę (Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy) o wydanie zarządzenia wszystkim podległym sobie działom budowlanym i służby zdrowia, aby wymienione działy ściśle ze sobą współdziałały.

Minister: *Sławoj Składkowski.*

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 14, z 5 kwietnia 1931: J. Muszyński: Leki wstrętne. — Sprawy zawodowe. — W. Sokolewicz: Farmaceuci w powstaniu 1863 r. (c. d.).

Wiadomości weterynaryjne, rok XIII, tom X. z. 128, z marca 1931: J. Kulczycki: Uwagi nad operacją przeciw dychawicy świszczącej. — S. Sidełko: Spostrzeżenia nad zarazą stadniczą w powiecie witkowskim.

Medycyna, nr. 7, z 7 kwietnia 1931: J. W. Grott i Z. Galinowski: Wartość praktyczna metody Prosa dla ilościowego oznaczania cukru w moczu. — W. Ostrowski: W sprawie leczenia operacyjnego gruźlicy płuc. — W. Jermułowicz: Przypadek zapalenia korzonkowego splotów barkowych z zespołem Hornera i z niezwykłemi zaburzeniami wegetatywnemi. — K. Karaffa-Korbutt: O naczelnej państwowej radzie zdrowia. — K. Neugebauer: Rys historyczny Szpitala ewangelickiego w Warszawie. — J. Balukiewiczówna: Pląsawica (Streszcz. zbior.).

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VIII, nr. 14, z 2 kwietnia 1931: J. Glass: O fizjopatologji choroby Basedowa. — M. Fejgin: Objawy niedrożności jelit w okresie przedśpiączkowym zatrucia kwaśnego w cukrzycy. — F. Gleichgewicht: Znaczenie kliniczne bębnicy (Streszcz. pogl. dok.). — M. Grzywo-Dąbrowska: Listy samobójców (c. d.). — Z. Szymanowski: W sprawie opłatności świadczeń w Kasach chorych.

Wiadomości Kas chorych, rok II, nr. 6 z r. 1931: Dział urzędowy. — Lecznictwo sanatoryjne i uzdrowiskowe. — Z zagadnień organizacyjnych Kas chorych. — Zagadnienia społeczne. — Ubezpieczenia społeczne zagranicą. — Higjena pracy i choroby zawodowe. — Opieka nad dziećmi i młodzieżą. — Bilanse i rachunki z działalności za rok 1929. — Z życia Kas chorych.

Czystość, rok III, nr. 12, z r. 1930: M. Granowski: Międzynarodowa Wystawa higjeniczna w Dreznie. — J. W. Grott: Co to jest cukrzyca?. — S. K.: Nie całować rączek. — Z. Przybylski: Zdrowie a mieszkanie. — Grejniec: Nowoczesne kroki w dentystyce.

Czystość, rok IV, nr. 1—2 z r. 1931: Cz. Wroczyński: Wystawa higjeniczna w Dreznie. — T. Mogilnicki. Błędy i przesądy przy pielęgnowaniu niemowląt. — M. Grejniec: O zwalczaniu partactwa dentystycznego.

Czystość, rok IV, nr. 3, z r. 1931: Z. Rudolf: Higjena i inżynierja sanitarna. — Cz. Wroczyński: Wystawa higjeniczna w Dreznie (c. d.). — M. Zachert: Jak zakażamy się jaglicą? — M. Grejniec: O zębach sztucznych.

Dziennik urzędowy Izb lekarskich, rok II, nr. 4, z 1 kwietnia 1931: Z naczelnej Izby lekarskiej. — Z Izb lekarskich terytorjalnych. — Informacje.

Zdrowia, rok XLVI, nr. 6, z 15 marca 1931: B. Ostromęcki: Typy pawilonów dla chorób zakaźnych przy powiatowych (miejskich) szpitalach powszechnych. — R. Ingarden: W sprawie rozszerzenia wodociągu miejskiego w Krakowie.

Droga do zdrowia, rok I, nr. 1, czasopismo poświęcone ochronie zdrowia, sprawom opieki i ubezpieczeń społecznych, wydawane przez Okręgowy Związek Kas chorych w Krakowie. — O społecznej wartości zdrowia. — Do wszystkich obywateli Państwa. — Zaniedbana dziedzina. — Nowe Sanatorjum Kasy chorych we Lwowie.

Opieka nad dzieckiem, rok IX, nr. 2, z lutego 1931: P. Bovet: Instynkt własności u dziecka. — St. Gawrońska: Ratujmy niemowlęta.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.
Časopis Lekařů českých.

R. LXIX. Z. 38. 1930.

Dr. L. Volicer: *O drażniącej dawce rentgenowskiej przy cukrzycy.* Na podstawie doświadczeń dochodzi autor do wniosków że naświetlanie trzustki, nadnercza i gruczołu tarczykowego przy cukrzycy przy pomocy drażniących dawek rentgenowskich, wywołuje zmiany w zachowaniu się cukru we krwi, w moczu oraz zmiany w tolerancji węglowodanowej. Zmiany te są jednak tylko przejściowe. Trudno jest rozstrzygnąć, czy promienie rentgenowskie drażnią bezpośrednio komórki ustrojowe do wzmożonej czynności lub też pośrednio przez wpływ na system krwionośny (przekrwienie) czy też ważną rolę odgrywa tu nerw błędny i układ sympatyczny.

Dr. J. Caesar: *Oznaczanie zdatności lotników, szoferów i marynarzy.* C. d. n.

Dr. J. Badal: *Kąpiele węglowe a podciśnienie.* Kąpiele węglowe wywołują niekorzystne działanie charakteru podmiotowego u ludzi z niskiem ciśnieniem krwi i asteniczną konstytucją bez objawów innych *(hypotonia essentialis)* oraz u hipotonicznych, astenicznych sercowo chorych. Autor nie ma tu na myśli przypadków dekompenzowanych. U chorych z ciśnieniem krwi nieco obniżonem, albo wahającem się aż do wartości hipotonicznych można osiągnąć polepszenie, a to rychlej u osobników hiperstenicznych, aniżeli astenicznych. Leczenie lekami, teobrominą — strychniną — eufyliną

i adrenaliną można zawsze połączyć z kąpielami, jako leczenie pomocnicze u hipotoników, ponieważ usuwają dolegliwości podmiotowe. Niema dla hipotoników przeciwwskazań w stosowaniu kąpieli węglowych, jednak autor zwraca uwagę, że należy bacznie u chorych z nizkiem ciśnieniem krwi obserwować przy leczeniu kąpielami węglowemi ich stan przedmiotowy i podmiotowy.

Doc. H. Pelc: *Choroby płciowe około r. 1940.* Autor dowodzi statystycznie, że około r. 1940 zmniejszy się znacznie liczba chorób płciowych szczególnie kiły.

Doc. J. Saidl: *Wpływ naświetlania leczniczego na zmiany we krwi w przypadkach raka macicy.* (C. d. n.).

Dr. A. Heller: *Leczenie przy pomocy leków ściągających.* Autor zachwala działanie kamillosanu (Remedia, L. Hombung) przy zapalnych procesach jamy ustnej *(tonsillitis, angina, gingivitis)* oraz przy ropniakach.

Dr. A. Bukowsky: *Białe komórki krwi i ich związek z gruźlicą.* (praca przeglądowa).

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw lekarskich.

Literatura lekarska.

Z. 39.

Dr. J. Prochazka: *Praca porównawcza o miareczkowaniu antytoksyny metodą Dicka oraz przy użyciu odczynu Schultz-Charltona.*

Prof. Jirašek i prof. Jedička: *Przypadek nagłej śmierci w chwili zupełnego wydobycia przełyku.* W chwili oddzielenia przełyku od krtani przy zabiegu operacyjnym *(Ca. laryngis)* chory przestał nagle oddychać i mimo energicznej interwencji (adrenalina dosercowo, lobelina dożylnie) nie można było chorego pobudzić do oddychania oraz wzbudzić czynność serca. Nasuwały się trzy możliwości, mogące wytłumaczyć tę nagłą śmierć a) odruchowe ustanie pracy serca, b) zator powietrzny, c) wpływ środka znieczulającego. Obdukcja wykazała: *atherosclerosis progressa art. coronariae cordis sin. praecipue rami descend. ant. cum thrombosibus et obliteratione partiali, atherosclerosis levis art. coronariae cordis dext. Fibrosis myocardii multiplex septi et ventr. sin. Aneurysma cordis chron. partial. in regione apicali ventr. sin.*

Dr. J. Caesar: *Oznaczanie zdatności lotników, szoferów i marynarzy* (C. d.).

Doc. J. Saidl: *Wpływ naświetlania leczniczego na zmiany we krwi w przypadkach raka macicy.* (c. d.).

Dr. J. Bukowsky: *Białe komórki krwi i ich związek z gruźlicą.* (c. d.).

Dr. *Ungar* (Lwów).

Piśmiennictwo jugosłowiańskie.

Nr. 12. 1930. Beograd-Zagreb-Ljubljana-Sofia.

A. Holste: *Teorje narkozy.*

L. Popović: *O bąblowcu części miękkich w obrazie rentgenowskim.*

R. Lopašić: *Delirium tremens u bliźniaków.*

J. Körbler: *Działanie bakterjobójcze radium D.*

S. Janković: *Leczenie łuszczycy promieniami X.*

S. Davidović: *O zapaleniu przyjądrza.*

R. Burian: *E. Gley, wspomnienie pośmiertne.*

Oceny, Sprawozdania, Kronika.

Nr. 1. 1931. Beograd-Zagreb-Ljubljana-Sofia.

A. Sercer: *Badania funkcji oddychania.*

V. Jakovljević: *Leczenie chirurgiczne gruźliczego zapalenia otrzewnej.*

Sv. Barjaktarević: *O leczeniu ropiejących guzów przydatków macicy.*

M. Sarvan: *Infantilismus intestinalis.*

R. Stanković, V. Arnovljević, P. Matavulj: *Zaczyny trawienne i skład chemiczny krwi jastrzębia.*

R. A. Pavlović, V. Kistić: *Badania nad toksycznością arsenobenzolów* (2. kom.).

D. P. Nešić: *E. Fuchs, wspomnienie pośmiertne.*

Oceny, Sprawozdania, Kronika.

Lijećnički Vjesnik.

Nr. 12. 1930. Zagreb.

J. Budisavljević: *Bąblowiec.*

I. H. Botteri: *Serologja bąblowca.*

B. Peričić: *Przebieg i postępowanie w razie perforacji torbieli bąblowca.*

F. Dévé: *Leczenie wielokrotnych torbieli bąblowca w jamie brzusznej.*

R. Peičić: *Występowanie bąblowca w Jugosławji.*

F. Jukać: *Przyczynek do poznania echinokokozy w Hercegowinie i Dalmacji.*

J. Racić: *O bąblowcu nerki w Dalmacji.*

R. Peičić: *Leczenie bąblowca formaliną.*

M. Delić: *Leczenie paraplegji wywołanej gruźliczem zapaleniem kręgu.*

S. Postić: *Przypadek membrana pupillaris perseverans.*

V. Boić: *Znaczenie badania hematologicznego dla praktyka.*

B. Brausil: *Leczenie zapomocą bac. acidi lactici.*

Oceny, nowe leki, Bibljografja słowiańska.

Dodatek: Lijecnicki Glasnik, Sprawy zawodowe, Medycyna społeczna.

Nr. 1. 1931. Zagreb.

St. Kostlivy: Wyniki resekcji *n. sympathicus cervicalis w angina pectoris.*

A. Wieczorek, W. Kaliciński: *Wpływ irydektomji na ciałko rzęskowe.*

J. Pasini: *Leczenie chirurgiczne torbieli bąblowca.*

K. Carsky: *Leczenie osteomyelitis i otwartych zakażonych złamań.*

S. Vidaković: *Apoplexia utero-placentaris.*

V. Basala: *Neoplastyka pochwy.*

S. Zanela: *Zgorzel mięśniaka w ciąży.*

J. Jeric: *Guzy intraligamentarne jajników.*

A. Zalokar: *Patologja położnicza w banacie Drawy.*

J. Cisler: *Leczenie raka dróg oddechowych radem.*

J. Racić: *Trzeci przyczynek do poznania kamicy pęcherza i nerek w Dalmacji.*

V. Florschütz: *Leczenie złamania biodrowego w szpitalu i w praktyce.*

I. Koprivnik: *Znaczenie i warunki oznaczania grup krwi w armji dla przetaczania krwi rannym.*

J. Budak: *Znaczenie badania cukru we krwi.*

B. Hochstädter: *Gynergen w położnictwie i gynekologji.*

M. Kretić: *Anemja pozimnicowa.*

Sprawozdania z piśmiennictwa i zjazdów. Bibljografja słowiańska.

Dodatek: Glasnik, Sprawy zawodowe, Medycyna społeczna. Kronika.

Leszczyński (Lwów).

Piśmiennictwo francuskie.

La Presse médicale.

Nr. 11. 1931.

A. Souques: *Padaczka a miesiączka.* Obserwacje potwierdzają, że istnieje związek między występowaniem napadów padaczki a miesiączką. Jeśli wykluczy się przypadki padaczki, w których pierwsze napady zaczęły się przed wystąpieniem miesiączki lub też po jej ustaniu to można stwierdzić, że życie płciowe wywiera na padaczkę wpływ korzystny lub niekorzystny. Często miesiączce towarzyszą napady padaczki, w innych przypadkach występują one wskutek braku miesiączki. Do tej ostatniej kategorji należą napady w czasie ciąży, po przekwitaniu, po usunięciu jajników. Podobny wpływ wywiera też miesiączka na inne sprawy chorobowe jak astmę, migrenę, pląsawicę.

W patogenezie padaczki miesiączkowej ważną rolę odgrywa jajnik. Autor omawia cykl miesiączkowy, wpływ hormonów przedniego płatu przysadki na rozwój pęcherzyków w jajniku, wpływ folikuliny i ciałka żółtego na macicę oraz inne gruczoły dokrewne. W teorji odruchowej o powstawaniu padaczki z narządu płciowego należy przyznać małe znaczenie, główną rolę odgrywają zmiany humoralne, ale jakiego rodzaju są te zmiany tego nie można powiedzieć, ponieważ ani poziom wapnia we krwi, ani cholesteryna, ani też zaburzenie w regulacji kwasowo-zasadowej (alkaloza) nie tłumaczą występowania napadów.

Same zmiany w sokach ustroju nie są jednak dostateczną przyczyną wystąpienia padaczki do tego musi być teren w mózgu odpowiednio przygotowany. Padaczka nie może być uważana za neurozę, prawie zawsze można znaleźć w mózgu zmiany anatomiczne, pozostałości po różnych procesach chorobowych. W powstawaniu napadów dużą rolę zdają się odgrywać zaburzenia w układzie wegetatywnym. Chwiejność tego układu jest cechą charakterystyczną w tej chorobie.

Nr. 12. 1931.

L. Bernard i G. Poix: *Wyrywanie n. przeponowego w leczeniu gruźlicy płuc.* Autorowie omawiają wyniki po operacji przeprowadzonej w ciągu 4 lat u 50 chorych, z tego 35 było w lecze-

niu szpitalnem przedtem i potem, a 25 w leczeniu sanatoryjnem. Operację wykonywano sposobem ambulatoryjnym. Wszystkie operacje wykonał Girode według sposobu podanego przez Felixa. Po operacji zauważono w kilku przypadkach lekką duszność, nieznaczne krwotoki, zaburzenia ze strony serca, w żadnym przypadku nie było nudności i wymiotów. Długość wyrwanego nerwu wahała się od 5—36 cm, podniesienie przepony i unieruchomienie występuje szybko po zabiegu i waha się od 2—10 cm. Podniesienie przepony jest zjawiskiem biernem, zależnem od kilku czynników jak parcie z jamy brzusznej, skurcz tkanki płucnej zdrowej i zaciąganie się tkanki chorej, dlatego też od wysokości podniesienia się przepony nie zależy wynik leczniczy.

Sposób działania tego zabiegu jest taki sam jak przy odmie tylko znacznie słabszy. Kaszel się zmniejsza z reguły, wykrztuszanie wzrasta do 10—20 dnia po operacji, a potem zmniejsza się lub ustępuje, prątki znikły w 10 przyp. na 45, gorączka rzadko ustępuje szybko, tylko gorączki nie przekraczające 38° C zwykły szybko znikać. Poprawa występuje już w pierwszych miesiącach, jeśli do 6 miesięcy niema poprawy, należy uważać zabieg za bezskuteczny.

Co do wyników w różnych typach gruźlicy, to na 9 przypadków pojedynczych jam w 8 wystąpiła poprawa, z tego 5 należy uważać za klinicznie wyleczone. Siedlisko jamy nie odgrywa żadnej roli. Na 21 przypadków *tbc. ulcero-fibrosa* w 6 nastąpiła szybka poprawa, w 8 nieznaczna, inne pozostały bez zmiany. W 14 przypadkach *tbc. ulcero-caseosa*, które nie wykazują żadnej tendencji do zaciągania włóknistego, prócz lekkiej i przemijającej poprawy nie stwierdzono trwałego wyniku leczniczego.

Na trwały wynik w tym zabiegu składają się 3 czynniki: 1) musi istnieć w tkance gruźliczej tendencja do gojenia i włóknistego zaciągania, 2) zmiany powinny być pojedyncze lub ograniczone do niewielkiej przestrzeni, a nie rozlane, 3) zdolność rozwojowa zmian gruźliczych powinna być niewielka. Przy gorączkach utrzymujących się przez dłuższy czas powyżej 38° C nie można się spodziewać wyniku leczniczego po tej operacji.

W sprawie kombinowania wyrywania n. przeponowego z odmą autorowie są zdania, że tam, gdzie odma spełnia całkowicie swoje zadanie, tam niepotrzebna jest operacja. Natomiast przy odmie niepełnej wyrwanie n. przeponowego jest wskazane przy zrostach przeponowych, podczas gdy przy zrostach szczytowych zabieg ten nie ma żadnego znaczenia. W 2 przypadkach wykonano tę operację z dobrym skutkiem u chorych, którym wskutek zrostów nie można było dopełniać odmy. Autorowie polecają kombinować tę operację z torakoplastyką, którą należy wykonać w miesiąc po wyrwaniu n. przeponowego. W 5 takich przypadkach wynik leczniczy był dobry.

Wyrywanie n. przeponowego powinno się przeprowadzać po nieskutecznej lub niemożliwej do wykonania odmie. Tylko w gruźlicy pojedynczej jamistej lub włóknistej ograniczonej z małą tendencją do rozprzestrzeniania się możnaby ten zabieg uważać za równorzędny z odmą.

Nr. 12. 1931.

J. Leveuf: *W sprawie postępowania przy pseudoartrozie szyjki kości udowej.* Złamania kości udowej szyjkowo-krętarzowe kostnieją zwykle dobrze, natomiast przy złamaniach szyjkowych nieleczonych często powstaje pseudartroza. Z pomiędzy wielu metod (poprzednie nacięcie stawu, usunięcie główki kości udowej) najlepsze wyniki daje metoda Delbeta (przeszczepienie strzałki). Dobre wyniki otrzymuje się szczególnie przy pseudartrozach starszych, gdzie chód jest niemożliwy wskutek bólów. Technika operacyjna powinna być taka, by nie niszczyć naturalnej adaptacji i transplantat powinien stanowić ośrodek kostnienia a nie zastępować szyjkę.

L. Gaugier. *Znaczenie przysadki w etjologji żylaków w szczególności w czasie ciąży.* W powstawaniu żylaków niedomoga przysadki ma odgrywać główną rolę. Napięcie żył ma zależeć przedewszystkiem od hormonu dotąd nieznanego z przysadki podobnie, jak napięcie tętnic zależy od hormonu z nadnerczy. Od czasu wprowadzenia leczenia żylaków wstrzykiwaniami autor obserwował często żylaki przy akromegalji i sądzi, że prawie zawsze w tej chorobie ma się do czynienia z trwałem zwiotczeniem systemu żylnego. W powstawaniu żylaków u ciężarnych wpływy mechaniczne przez ucisk płodu zdaje się nie odgrywają prawie żadnej roli, tylko zmniejszenie lub brak hormonu tonizującego mięśnie gładkie (dlatego zwiotczenie macicy w ciąży) jest tego przyczyną. Prawdopodobnie ciałko żółte hamuje wytwarzanie się tego hormonu w przysadce. To samo tłumaczenie możnaby też zastosować do występowania żylaków lub do powiększania się ich w czasie miesiączki, gdzie też rozwój ciałka żółtego działałby antogonistycznie na przysadkę.

Nr. 13. 1931.

R. A. Gutman: *Prześwietlenie czy zdjęcia rentgenowskie w chorobach przewodu pokarmowego?* Omawiając poszczególne schorzenia (wrzód dwunastnicy, przy odźwierniku, na krzywiźnie małej, zwężenie odźwiernika, rak żołądka, zapalenie woreczka żółciowego, *periduodenitis*), autor dochodzi do wniosku, że przy prześwietleniu można tylko zobaczyć duże wrzody, guzy nienadające się często do operacji, zwężenia, opadnięcia, przemieszczenia, natomiast rozpoznanie małych wrzodów, ograniczonych raków i zapaleń woreczka żółciowego jest niepewne. Tylko zdjęcia robione przez doświadczonego rentgenologa mogą mieć ważne znaczenie rozpoznawcze. Autor sądzi, że postęp w diagnostyce tych chorób zależny jest od znajomości techniki robienia zdjęć, umiejętności czytania klisz, ujednostajnienia techniki i posiadania dobrego aparatu. Samo prześwietlanie w gabinecie lekarza nie może być uważane za postęp.

Nr. 13. 1931.

H. Chabanier, C. Lobo-Onell i E. Lélu: *Wyniki otrzymane w ciężkiej cukrzycy przy pomocy zawiesiny insuliny w oliwie.* Roztwory insuliny poprawiają stan ogólny w ciężkiej cukrzycy, ale w wielu wypadkach nawet po dużych dawkach utrzymuje się hiperglikemja, czasem z acetonurją i cukromoczem. Wprowadzenie zawiesiny insuliny do leczenia takich ciężkich stanów ma tą zaletę, że insulina z takiej zawiesiny wchłania się bardzo powoli. Skład zawiesiny, używanej przez autorów jest następujący: oliwa 1 cm^3, myrycyna 0,15 g, metacholesteryna 0,08 g, insulina w proszku w ilości, odpowiadającej 100 jednostkom klinicznym. Autorowie opisują 8 przypadków ciężkiej cukrzycy, leczonej najpierw roztworami insuliny (150—200 j. na 3 $\times$), w których utrzymywała się w dalszym ciągu acetonurja, cukromocz lub przecukrzenie krwi. Po zastosowaniu 60—90 j. kl. dziennie insuliny w zawiesinie wszystkie objawy ustąpiły po kilku dniach.

Insulina w zawiesinie działa lepiej jak w roztworze i w dawkach mniejszych, działa dłużej przez 24 godzin, podczas gdy insulina w roztworze tylko przez 6—8 godzin i jest dobrze znoszona przez chorych. Leczenia insuliną w zawiesinie należy zarezerwować dla tych przypadków ciężkiej cukrzycy, gdzie leczenie insuliną w roztworze nie daje szybko zadowalających wyników.

Nr. 14. 1931.

H. Claude i H. Baruk: *Zaburzenia psycho-motoryczne pochodzenia mózgowego, hipertonja mięśniowa, ruchy automatyczne i sen kataleptyczny.* Autorowie opisują 5 przypadków schorzeń organicznych mózgu (porażenie postępowe i inne), które charakteryzują się specjalną hipertonją. Ta hipertonja jest podobna do silnego skurczu mięśni, jest zależna od psychicznego nastawienia (najsilniejsza przy otępieniu — *stupor)*, towarzyszą jej inne zaburzenia psychiczno-motoryczne, jak katalepsja i ruchy automatyczne, które też wykazują zależność od psychiki. Te ruchy automatyczne mogą czasem dominować nad całym obrazem chorobowym.

W rozpoznawaniu należy uwzględnić obok tej specjalnej hipertonji także hipertonję pochodzenia piramidowego, pozapiramidowego i nieorganicznego, funkcjonalnego. Hipertonja pochodzenia piramidowego może być łatwo rozpoznana. Hipertonję pozapiramidową (parkinsonowską) można wykluczyć przez inny charakter sztywności, przez wstrzykiwanie skopolaminy, która na hip. psychiczno-motoryczną nie ma żadnego wpływu oraz przez obudzenie psychiczne, odwrócenie uwagi, zainteresowanie, co nie ma żadnego wpływu na hip. pozapiramidową. To ostatnie ma jednak małą wartość, ponieważ trudno jest wpłynąć na takich chorych z hip. psychiczno-motoryczną.

Odróżnienie hipertonji ps.-m. organicznej od funkcjonalnej nie może się opierać na zewnętrznych badaniach, ponieważ obie mają ten sam podkład, tylko przez dokładne zbadanie chorego można ustalić jaki jest typ hipertonji.

Autorowie zaznaczają, że wszelkie zaburzenia motoryczne należy podzielić nie na 2 typy: zaburzenia organiczne i psychologiczne, ale na 4 typy: zaburzenia piramidowe, pozapiramidowe, psychiczno-motoryczne organiczne i nieorganiczne.

Nr. 14. 1931.

B. A. Houssay i A. Biasotti: *Przysadka a cukrzyca.* Wiele faktów klinicznych i doświadczalnych przemawia za tem, że w powstawaniu cukrzycy prócz trzustki, której rola jest niezbicie stwierdzona, także inne gruczoły dokrewne mają znaczenie. Częste występowanie cukrzycy w przebiegu akromegalji i innych chorób przysadki, doświadczalne cukromocze po uszkodzeniu przysadki i śródmóżdża u zwierząt oraz zmniejszona tolerancja na węglowodany i na insulinę u takich zwierząt wskazują, że przysadka odgrywa ważną rolę w gospodarce węglowodanowej.

Autorowie wykazali w doświadczeniach na żabach i psach, że cukrzyca po wycięciu trzustki i przysadki jest znacznie mniejszego stopnia, aniżeli po wycięciu samej trzustki. Takie psy tracą mniej na wadze i żyją dłużej (do 180 dni, podczas gdy przy wycięciu samej trzustki najwyżej do 30 dni). Natomiast uszkodzenie guza popielatego *(tuber cinereum)* lub wycięcie tarczycy ma mały wpływ na rozwój cukrzycy doświadczalnej. Autorowie przypuszczają, że jakiś hormon z przedniej części przysadki wpływa na wątrobę albo na same tkanki przeciwnie jak hormon trzustki.

N. Taptas: *Leczenie przewlekłej samoistnej neuralgji twarzy zapomocą wstrzykiwania alkoholu do zwoju Gassera.* Autor używa od r. 1911 powyższej metody leczenia i podkreśla jej dobre wyniki lecznicze, omawia technikę wstrzykiwań drogą podjarzmową i podszczękową do *foramen ovale* i zaznacza, że przy dobrem rozpoznaniu niema właściwie przeciwwskazań do tego zabiegu. Mogą się zdarzyć rzadkie przypadłości, jak krwotoki nieznaczne, wymioty i zawroty kilkudniowe, zaburzenia oczne wskutek porażenia czucia, porażenia n. twarzowego, ale są to sprawy krótkotrwałe i ustępujące bez leczenia najdalej do 3 miesięcy (np. porażenia n. twarzowego). Zabieg ten może być wykonany nawet ambulatoryjnie i powinien zawsze poprzedzać ewent. zabieg opracyjny.

O. Uffreduzzi i L. Biancalana: *Leczenie gruźlicy kostno-stawowej przy pomocy przeszczepów kostnych.* Autorowie stosują operację według metody Robertson-Lavalle'a i podnoszą dobre wyniki lecznicze, podając 13 obserwacyj (5 przyp. stawu biodrowego, 7 kolana 1 stopy). Przeszczepy brali z kości goleniowej, 1 cm szerokie. Przeszczepy podskórne mają tendencję do resorbowania się w kilka miesięcy, podczas gdy przeszczepy, ułożone między nasadami kości zachowywały się dobrze przez cały rok.

Skowroński (Lwów).

Piśmiennictwo amerykańskie.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Vol. XX. Nr. 2. August 1930.

E. Novak — A. K. Koff. (Baltimore, Md). *Nabłoniak kosmkowy. (Chorionepithelioma).* (ze szczególnem uwzględnieniem znikania pierwotnych guzów macicy). Po szczegółowych rozważaniach na temat klasyfikacji guzów nabłoniakowych, drugą część pracy poświęcają autorzy sprawie znikania nabłoniaka kosmkowego, występującego jako guz pierwotny macicy. W opisanym przypadku spostrzegano właśnie takie zniknięcie guza pierwotnego w macicy, jakkolwiek chora zmarła skutkiem licznych przerzutów w mózgu i w płucach. O istnieniu pierwotnego guza w macicy przekonano się badając wyskrobiny macicy. Natomiast obdukcja nie wykazała żadnych śladów nowotworu w macicy. Podobne spostrzeżenia uczynili i inni autorzy. We wszystkich jednak przypadkach zauważono charakterystyczną zmianę w jajnikach polegającą na nadmiernej luteinizacji. Wraz ze zmianami w przysadce stanowią zmiany w jajnikach dogodne pole do badań nad wzajemną zależnością obu tych narządów.

P. Brooke Bland, Ar. First, L. Goldstein. (Philadelphia, Pa). *Płytki krwi w ciąży i w połogu.* Badania autorów wykazały, że kobieta nieciężarna posiada 200 do 350 tysięcy płytek w 1 cm^3 krwi. Autorzy zbadali 230 kobiet w różnych miesiącach ciąży i w połogu. U 177 kobiet, a więc u 77% liczba płytek pozostała prawidłowa i zaledwie u 42 wynosiła więcej niż 350 tysięcy. Czyni to 18,2%. Na 100 badanych położnic 27% wykazywało zwiększenie liczby płytek o więcej jak 50 tysięcy w ciągu 24 godzin po porodzie, natomiast u 63% zwiększyła się liczba płytek mniej niż o 50 tysięcy, u kilku nawet liczba płytek była mniejszą niż w ciąży. W trzy do pięciu dni po porodzie zwiększenie płytek u 55% kobiet było znaczniejsze niż o 50 tysięcy. W tej grupie 35 kobiet wykazywało zwiększenie o więcej jak 100 tysięcy.

Autorzy nie wyjaśniają przyczyny tego zwiększania się liczby płytek we krwi położnic. Przypuszczają jedynie, że jest to fizjologiczny proces na podłożu samoobrony ustroju przeciwko zakażeniu. Sądzą oni, że sprawę tę wyjaśnić mogą dopiero dalsze badania, które równocześnie przyczynią się do uchwycenia zależności pomiędzy zachowaniem się krzywej płytek, a zapaleniami żył i zakrzepami w połogu.

W. A. Dafoe (Toronto, Ont.). *Wyniki badań i leczenia zakażenia połogowego paciorkowcami w głównym szpitalu w Toronto.* Materjał cały podzielił autor na trzy grupy. Badał on bowiem obecność paciorkowców w szyi macicy w ciąży, przed porodem, w czasie czynności porodowej i po porodzie. Trzymał się przytem podziału Schottmüllera, który odróżnia *„streptococcus haemoliticus, anhaemolyticus i viridans"*, opierając się na ich różnicach w kulturach na agarze z krwią. Ogółem zbadał 1978 kobiet, u których wykonał 1458 posiewów. Na 511 kobiet badanych przed porodem jedynie tylko u 7 znalazł paciorkowce hemolityczne. U 432 rodzących zaś dodatni wynik posiewu otrzymał 14 razy, z tego zaś tylko u 7 kobiet wystąpiły po porodzie objawy zakażenia. U 435 położnic sporządził on 515 posiewów i 52 razy otrzymał paciorkowca hemolitycznego. Z tych jednak tylko 32 kobiet chorowało na zakażenie połogowe. W czasie swych badań przekonał się autor, że w zimie i wczesną wiosną częściej spotykano w szyi macicy paciorkowce hemolityczne, czemu odpowiadałaby też większa chorobliwość i śmiertelność położnic w tych miesiącach.

Ogólnie zatem biorąc chorobliwość z powodu zakażenia połogowego wynosiła 32%, z czego w 50% przypadków przyczyną był paciorkowiec hemolityczny, który występywał okresowo i w ciąży tylko przypadkowo, częściej natomiast w czasie porodu, najczęściej zaś w połogu. Leczenie polegało na wstrzykiwaniu antytoksyny płoniczej.

Autor sądzi, że zapobiegawcze szczepienie ochronne u wszystkich rodzących może dawać korzystne wyniki.

J. W. Hinton (New York, City). *Nadmierna czynność tarczycy w ciąży.* W ciąży tarczyca ulega przerostowi. Dzieje się to w 40% do 90% ciąży. Należy jednak rozróżnić dwa typy spowodowane przez nadmierną czynność gruczołu: formę gruczołową i wytrzeszczową czyli chorobę Gravesa. Istnieją zasadnicze różnice w tych dwóch postaciach nadmiernego wydzielania. Kliniczne odróżnienie tych postaci napotyka często na poważne trudności i nierzadko rozpoznanie histologiczne różni się od klinicznego.

Autor sądzi, że na schorzenia gruczołu tarczycowego w ciąży należy patrzeć jak na proces ciągły będący w zależności od ciąży, a nie jak na osobne cierpienie. Leczenie powinno opierać się na zasadniczym podziale tego cierpienia na sprawę ostrą i przewlekłą. Forma przewlekła występuje najczęściej pod postacią guzów i u kobiet, które rodziły dzieci w krótkich odstępach czasu. Powiększenie gruczołu wystąpiło u nich już po pierwszym lub drugim porodzie, jakkolwiek objawy nadmiernej czynności gruczołu spostrzegano dopiero po trzeciem lub czwartem dziecku. W tej grupie chorych należy kierować się wynikiem badania przemiany materji. Jeśli przemiana nie przekracza — 30, chora może z niejakiem ryzykiem przebyć ciążę. Lecz jeśli już z początkiem ciąży zaburzenia w przemianie materji są znaczniejsze, należy doradzać przerwanie ciąży.

Druga forma tego cierpienia, typ egzoftalmiczny, czyli choroba Gravesa, rozwija się zwyczajnie we wczesnych okresach ciąży i najczęściej u pierwiastek. Postępowanie zależy od objawów W przypadkach poważniejszych można wykonać wycięcie gruczołu i ciąża może spokojnie dobiec do końca. W lżejszych zaś przypadkach wystarcza leczenie zachowawcze.

Dr. Wiślański (Lwów).

Archives of Internal Medicine.

Volume 46. Zeszyt 4. Październik 1930.

A. S. Hyman. (New-York): *Ożywienie nieczynnego serca pod wpływem zastrzyków dosercowych.* Autor omawia szereg teoryj i poglądów, tyczących się leczenia serca asystolicznego i dochodzi do wniosku, że korzystny wpływ zastrzyku dosercowego jest raczej wywołany przez ranę, powstałą przy wkłuciu igły, aniżeli przez własności chemiczne ciała wstrzykniętego. Mięsień serca zdrowego, nieuszkodzonego, znajdującego się w stanie bezskurczu, otrzymuje nagłe podrażnienie i to w czasie trwania anoksemji. W tych warunkach jakiekolwiek podrażnienie mechaniczne może skłonić serce do skurczu automatycznego, a wyniki zadawalniające, osiągane przy pomocy masażu oraz opukiwania serca w stanach bezskurczu należy zaliczyć do zasług bodźców mechanicznych. Rana po zastrzyku, wywołana igłą, staje się ogniskiem wzrastającej drażliwości, od którego bierze początek bodziec dla skurczu mięśnia. Pierwsze skurcze serca, występujące po zastrzyku dosercowym posiadają zawsze charakter skurczów dodatkowych. Początkowa niemiarowość o charakterze skurczów dodatkowych może szybko utorować drogę prawidłowemu rytmowi zatokowemu co oznacza zupełny powrót do życia. Jeśli okres anoksemji przedłuża się lub jest tak intensywny, że uwidacznia się wyraźne uszkodzenie w czynnikach elektrodynamicznych, kierujących skurczami mięśniowemi, to początkowa niemiarowość nie znika. Następuje silne osłabienie komór, które przejść może w drganie włókienkowe. Drganie włókienkowe jest najznaczniejszem uszkodzeniem serca, towarzyszy mu zwykle zapaść narządu krążenia, kończąca się śmiercią chorego. Autor opisuje przypadki (z literatury), w których po ożywieniu serca na 10 minut do 3 godzin wtórna zapaść położyła kres dalszemu życiu (niemiarowość dłużej trwająca doprowadziła do drgania włókienkowego i śmierci). Uniknąć można niemiłych rozczarowań po zabiegu dosercowym, jeśli zastrzykniemy dosercowo (zdaniem autora najlepiej do mięśnia ser-

cowego, a nie do wnętrza komory serca) w miejscu, gdzie się znajduje uszko prawe. Miejsce to okazało się korzystniejszem, aniżeli komora, do której przeważnie się wstrzykuje. Nakłucie intraaurikularne nie jest trudniejszem od zastrzyku dokomorowego. Używa się do tego zabiegu igły cienkiej, nieco zagiętej, długości około 10 cm. Igłę tę wbija się w 3 przestwór międzyżebrowy u prawego brzegu mostka, przyczem kieruje się ją ku dołowi i środkowi. Uszka żywiej odpowiadają na drażnienie mechaniczne, aniżeli komory. Już samo wbicie igły może wystarczyć do wywołania skurczu (Korbler). Podobnie, jak w komorze, tak i tutaj pierwsze skurcze mają charakter skurczów dodatkowych, lecz towarzyszą im prawidłowe skurcze komór. Następowe wystąpienie nagłej niemiarowości uszka o charakterze dodatkowych skurczów, *„auricular flutter"* i końcowego drgania włókienkowego uszka nie posiada tego znaczenia co w komorach. Rokowanie uszkodzeń uszka serca jest o wiele korzystniejsze. Nakłucie uszka należy przeprowadzić w każdym przypadku śmierci, która jest następstwem nieczynnego serca. Przypadki najwdzięczniejsze dla zastrzyków dosercowych tworzą stany nagłego bezskurczu serca, które zdarzają się na stole operacyjnym, po krwawieniach, wstrząsie, znieczuleniu, a tyczące się serca zdrowego. Należy jednak zabieg ten stosować i w przypadkach schorzenia ogólnego i narządu krążenia. Dobrze jest czynność serca pobudzić przez połączenie zastrzyku dosercowego z innemi środkami, stosowanemi w przypadkach nagłych j. n. ze sztucznem oddechaniem, przetaczaniem krwi i t. d. W przypadku *„asphyxia neonatorum"* zabieg ten jest w większości przypadków cudotwórczym. Zastrzyk do uszka serca jest zabiegiem, który powinien każdy lekarz opanować, gdyż od niego zależy niejednokrotnie życie chorego.

J. Olef (Boston): *Płytki krwi.* Autor opisuje ulepszoną, pośrednią metodę obliczania płytek krwi. Opiera się ta metoda na a) unikaniu styczności pomiędzy krwią nierozcieńczoną a naczyniem szklanem lub metalem, 2) na mierzeniu świeżej krwi możliwie szybko z płynem ustalającym, 3) na unikaniu wszelkich, niepotrzebnych poczynań z krwią. Używa pipety z podziałką. Stara się wyeliminować błędy, wynikające z nieuwzględnienia różnicy pomiędzy zwyrodniałemi produktami ciałek czerwonych (ciałek Arnolda) a płytkami i ostrzega przed wliczeniem tych zwyrodniałych produktów krwinek w poczet płytek krwi.

Dr. Ungar (Lwów).

Wiener Mediz. Wochenschrift.

Nr. 31. — R. 1930.

Prof. Aschoff: *O fizjologicznem i patologicznem tworzeniu się barwików żółci.*

Nie jest dotychczas ustalonem, czy wątroba jest narządem wydzielniczym, podobnie jak nerka, której składniki moczu zostają doprowadzone drogą naczyń krwionośnych, czy też należy ona do systemu gruczołów dokrewnych. Anatomicznie składają się na wątrobę komórki miąższowe ułożone belkowato z systemem naczyń włoskowatych zbudowanych z komórek śródbłonkowych, z pośród których niektóre morfologicznie i czynnościowo zajmują odrębne stanowisko. Są to komórki gwiaździste Kupfera, wypuklające się w przestrzeń limfatyczną pomiędzy naczyniami włoskowatemi a komórkami wątroby, a należące do systemu siateczkowo-śródbłonkowego, podobnie jak komórki śródbłonkowe gruczołów limfatycznych i śledziony. Jeśli chodzi o zasadniczą kwestję, czy wątroba sama żółć wytwarza, czy też ta żółć zostaje jej doprowadzona, to zdania do dzisiaj są podzielone.

Naunyn i Minkowski uważali wątrobę za miejsce wytwarzania się żółci. Widal, Brulé i Chauffard zajmują krańcowo odmienne stanowisko, mianowicie, że żółć wytwarza się poza wątrobą; według Mc Nee'a, Magatha i Aschoffa wytwarza się wprawdzie żółć poza wątrobą, jednakowoż w przeciwieństwie do poprzednich uważają oni patologiczne nagromadzenie się żółci w tkankach nietylko za następstwo schorzenia wątroby, ale także nadmiernego wytwarzania się żółci w miejscach jej powstania.

Jeśli chodzi o składniki żółci, to cholesteryna według Aschoffa tworzy się w ustroju i tylko w części zostaje pokarmem doprowadzona; nie wiemy tylko w jaki sposób i gdzie się tworzy. Wiele przemawia za tem, że system siateczkowo-śródbłonkowy tworzy cholesterynę, przyczem rolę odgrywają wątroba i nadnercza. Przez wycięcie wątroby spada poziom cholesteryny, wzrasta natomiast z usunięciem nadnerczy. Miażdżyca tętnic pozostająca w związku z gospodarką cholesterynową może być uważaną za chorobę przemiany materji, bądź też może powstać w następstwie nadmiernego doprowadzenia cholesteryny pokarmami.

Kwasy żółciowe powstają wedle Aschoffa *extra hepatem* i za tem przemawiają: nieznaczna zmiana napięcia powierzchniowego kwasów żółciowych we krwi po wycięciu wątroby u psów, obecność kw. żółciowych we krwi i w moczu zdrowych noworodków, jakoteż pojawienie się kw. żółciowych w moczu przy widocznem uszkodzeniu komórek wątrobowych.

Kwestja tworzenia się bilirubiny nie nastręcza obecnie trudności. Minkowski i Naunyn na podstawie swojego eksperymentu zatrucia gęsi arszenikiem przed i po wycięciu wątroby, stali na stanowisku, że bez wątroby niema żółtaczki, jednakowoż nie zwrócili uwagi na to, co Mc. Nee zauważył, że komórki wątrobowe zatrutej arszenikiem gęsi były nietknięte, natomiast komórki Kupfera wypełnione hemoglobiną i biliwerdyną, co wskazuje, że w systemie siateczkowo-śródbłonkowym ma miejsce fabrykacja bilirubiny. To zostało w zupełności potwierdzone przez wywołanie żółtaczki u psa po wycięciu wątroby. Komórki wątroby mają rolę czysto wydzielniczą. Według Hijmansa van den Bergha rozróżniamy 2 formy barwika żółciowego: b. I. dająca reakcję pośrednią i b. II. z reakcją bezpośrednią.

Zdolność wydzielania b. I. przez wątrobę i nerki jest u różnych zwierząt rozmaita. U człowieka np. wydziela tylko wątroba b. I., nigdy nerki. Odróżnienie b. I. i b. II. będzie miało znaczenie przy omówieniu rozmaitych form żółtaczki.

Żółtaczka zastoinowa, resorpcyjna.

Można ją wywołać przez podwiązanie *ductus choledochus*, przyczem b. I. we krwi się powiększa, później dopiero wskutek zastoju w przewodach żółciowych występuje b. II. w takiej ilości, że zupełnie przykrywa b. I. Ze strony amerykańskiej zwrócono uwagę, że podobny proces odbywa się przedtem w *ductus thoracicus* w sposób następujący:

Mimo podwiązania *ductus choledochus* wydziela się b. I. ze krwi do przestrzeni limfatycznych naczyń włoskowatych wątroby, a stamtąd do *ductus thoracicus*, z którego coraz więcej przechodzi b. I. do krwi, — wskutek zastoju w przewodach żółciowych b. II. przelewa się do naczyń limfatycznych, a z nich do *ductus thoracicus* w którym stopniowo przykrywa reakcję b. I. Osiągnąwszy pewien stopień zagęszczenia przechodzi b. II. do krwi. O ile *ductus choledochus* jest wolny, reakcja b. II. ze krwi stopniowo znika. Ten proces jasno dowodzi, że wątroba z wydzielaniem żółci nie ma nic wspólnego.

Żółtaczka retencyjna.

Występuje ona po wycięciu wątroby u psa. We krwi obecna b. I. Podobna jest żółtaczka przy głodzeniu, kiedy wydzielanie bilirubiny przez wątrobę się zmniejsza.

Żółtaczka nadczynnościowa. Do niej zalicza się: 1) *icterus haemoliticus*, 2) *icterus* przy *anemia perniciosa*, 3) *icterus neonatorum*.

Ad. 1. Zmniejszona oporność czerwonych ciałek, silna podaż bilirubiny do krwi przez system siateczkowo-śródbłonkowy, niemożność zupełnego jej wydzielenia przez wątrobę.

Ad. 2. Podobny charakter żółtaczki przy *anemia perniciosa*. Obecność hematyny we krwi.

Ad. 3. Badania wykazały, że podczas i po porodzie następuje silny rozpad czerwonych ciałek krwi i już w pępowinie występują kryształki bilirubiny. Zawał bilirubinowy w nerkach jest objawem wyłącznie pośmiertnym.

Mieszana forma żółtaczki występuje przy procesach septycznych, jakoteż przy zatruciach fenylhydrazyną i taluilendiaminą. Działanie jadów drobnoustrojowych i chemicznych wywołuje masowy rozpad czerwonych ciałek krwi i zwiększoną produkcję bilirubiny przez system siateczkowo-śródbłonkowy. We krwi przeważa b. II. wskutek wytwarzania się wałeczków żółciowych i wtórnej resorpcji bilirubiny do ustroju.

Wedle Aschoffa stoimy dopiero na początku badań żółtaczki i na wyjaśnienie czekają trzy kwestje sporne.

1) Gdzie i w jaki sposób tworzy się cholesteryna w ustroju?

2) Gdzie i w jaki sposób powstają kwasy żółciowe?

3) Jeżeli system siateczkowo-śródbłonkowy wytwarza b. I. i doprowadza do wątroby, to gdzie następuje przemiana w b. II.?

Prof. J. Pal: *Działanie kofeiny.* Kofeina działa wybiórczo na nerw współczulny. Rozszerza naczynia wieńcowe, tętnice płucne, nerkowe i mózgowe. Przeciwdziała narkotykom, podrażniając korę mózgową, usuwa skurcze oskrzelowe, w dawkach 0,3—0,4. Działa doustnie i podskórnie. Na zastrzyki wśródżylne kofeiny są niektóre serca wrażliwe.

W wypadkach *asthma cardiale* działa doskonale w dawce 0,2 na 10—20 cm^3 10%—20% cukru gronowego. W wypadkach osłabionego krążenia przenosi Pal kofeinę nad kamforę, a to dlatego, bo kofeina doskonale działa na *tonus* tętnic powierzchownych. U osobników wrażliwych nawet na małe dawki insuliny wstrzykuje Pal kofeinę. U ludzi konsumujących czarną kawę należy stosować większe dawki kofeiny.

J. Heitel (Lwów).

Medizinische Klinik.

Nr. 33. — 1930.

R. Schmidt: *Dusznica bolesna i proteinoterapja.* Poleca wypróbowanie tej ostatniej jak przy dusznicy oskrzelowej.

M. Reichardt: *O nerwowych-następstwach wypadków.*

Prof. Benthin: *Rozpoznawanie guzów jajnikowych.* (dok.).

L. Hahn: *Migrena i alergja* (dok. nast.).

F. Puntigam: *Przyczynek do przebiegu gorączki w malarji szczepionej.* Na materjale liczącym 187 przypadków stwierdza, że pożądany przebieg gorączki trzeciaczkowy występuje u paralityków, szczepionych od dawców nie przechodzących poprzednio malarji, raz tylko szczepionych, gorączkujących co trzeci dzień i nie otrzymujących chininy w przeciągu leczenia gorączkowego — od takich chorych należy też przeszczepiać malarję dla uniknięcia codziennego typu gorączki.

A. W. Bauer: *Dawne i nowe wiadomości o upławach. Normolactol* (kwas mlekowy). *Jodex* (jod) i szereg innych przepisów podaje dla leczenia upławów.

P. v. d. Trappen: *Kliniczne doświadczenia nad guttadiaphot* na 338 przypadkach — niespecyficzny środek rozpoznawczy uzupełnia opadanie krwinek czerwonych i obraz hemogramu.

E. Kadisch: *Badania nad odczynem wyjaśnienia Meinicke'go* w porównaniu z reakcją Wassermanna i Kahn'a.

G. Scherk: *Objawy brzuszne u chorego z hemofilją.* Różnicowanie przypadku.

M. Rodecurt: *Rok stosowania pigułek Yatren (105) przy upławach spowodowanych trichomonas vaginalis.*

L. Popper: *Środek rtęciowy moczopędny „Novurit".* Znaczne zwiększenie diurezy pod wpływem tego leku przy równoczesnem podawaniu *ammon. chlor.*

O. Klein: *Przyrząd do leczenia zamrożonym kwasem węglowym.*

F. Grünbaum: *Podwójne renty.* Dział ubezpieczeń.

H. Pulfer: *Zdobycze z zakresu systemu nerwowego wegetatywnego.* Referat. (dok. nast.).

Nr. 34. — 1930.

C. Hirsch: *W sprawie stosowania strophantus przy leczeniu duru brzusznego.*

F. Hogen: *Zaburzenia czynnościowe dróg moczowych.*

E. Schrader: *O zakresie pracy w ortopedji.*

F. Redlich: *Wielogruczołowe zaburzenia w przypadku nadnerczaka.* 18-letni pacjent z nadnerczakiem i z następowemi zaburzeniami czynnościowemi ze strony nadnerczy, przysadki, gruczołów płciowych i ciał przybłonkowych (sekcjonowany).

L. Hahn: *Migrena i alergja.* (dok.). Migrena jest tylko zbiorem objawów, a nie jednostką chorobową, polega na skurczu naczyń mózgowych *(angina cranii)* pod wpływem toksycznych produktów przemiany materji niewydalonych z ustroju. Leczenie peptonem może być uważane jako przeciwanafilaktyczne lub może działać na drogi żółciowe i pośrednio w ten sposób na przemianę materji.

H. Schlossberger i W. Menk: *Leczenie surowicą obrzęku gazowego.*

Dr. Hayward: *Konsyljum chirurgiczne. Angiomata.*

J. Hirschsohn: *Leczenie dychawicy oskrzelowej Paspat'em,* — wielowartościowa mieszanina antygenów z wyciągiem tylnej części przysadki w postaci szczepionki.

H. Pulfer: *Zdobycze z zakresu systemu nerwowego wegetatywnego.* (dok.). Referat.

H. Powązka (Kraków).

Zntrbl. f. Gynakologie.

1931. — Nr. 7.

R. Köhler: *Leczenie hormonami anomalji krwawienia.*

Leczenie hormonami w ostatnich czasach postąpiło znacznie naprzód, zawdzięczając to poznaniu prawdziwych i przypuszczalnych czynnych składników poszczególnych gruczołów wewnętrznego wydzielania, a także ulepszeniom w przyrządzaniu odnośnych przetworów.

Ilość materjału balastowego w przetworach znacznie opada, a w wielu przypadkach zostają one zupełnie usunięte, podczas gdy dawniej stosunek substancyj czynnych do balastu był zupełnie odwrotny.

Posiadamy nadto już pewne metody postępowania dla stwierdzenia nietylko obecności, lecz i oznaczenia ilości substancyj czynnych. Dzięki temu przystępujemy do chorego z możliwością obliczenia czynnika leczniczego, gdy dawniej postępowaliśmy pomacku, tembardziej, że często przetwory nawet jednej i tejsamej fabryki znacznie różniły się pod względem zawartości swoistej substancji gruczołów, a zatem dawały też wyniki wątpliwe.

Nie znaczy to jednak, że wtedy przetwory gruczołowe zupełnie były pozbawione wartości leczniczej. O skutkach, osiągniętych zapomocą przetworów tarczycowych rozwodzić się nie potrzeba. Taksamo też przetwory jajnikowe okazywały niewątpliwie przypisywaną im skuteczność. Autor w jednej z poprzednich swych prac wspominał, że działanie przetworów gruczołowych opiera się nie tyle na wydzielonej substancji czynnej, jak na całym zespole ciał balastowych: białka, związków cholinowych i t. d., powodujących działanie nieswoiste. Doświadczenia w tym kierunku rozpoczęte były już w r. 1913. Zaburzenia w chorobach kobiecych, jakie zwykle leczy się hormonami (brak i nadmiar miesiączki, anomalje konstytucyjne, niepowściągliwe wymioty) często o charakterze wręcz sobie przeciwnym — i korzystne wyniki takiego postępowania — stały się podstawą dla badań działania przetworów jajnikowych. Na pierwszym planie postawił autor Agomensinę, która podług Seitza, Wintza i Fingerhuta pobudza krwawienia, stosując ją w przypadkach krwawień, natomiast Sistomensinę, służącą do opanowywania nadmiernych miesiączek podawał w przypadkach braku miesiączkowych krwawień.

Agomensina stosowana była parenteralnie w 142 przypadkach krwawień macicznych. Z początku wstrzykiwano po 1, a następnie stale po 2 cm³ naraz. Ilość zastrzyków wahała się pomiędzy 1—8. Przetwór zawsze był dobrze znoszony. Objawów ubocznych nie zauważono żadnych.

Skutek, rozumie się, nie zawsze następował w jednym i tym samym okresie leczenia. Czasami wystarczało 1—2 zastrzyków dla osiągnięcia należytego skutku, czasami znów 3—4 5 ampułek dopiero prowadziło do celu. Leczenie odbywało się przeważnie ambulatoryjnie bez potrzeby przerywania zajęcia chorych, członkiń Kasy Chorych w Wiedniu.

Większość pacjentek przybywała z powodu zaburzeń czynnościowych jajników pod postacią nadmiernych krwawień. Tylko w kilku przypadkach zauważono stany zapalne przydatków, wzgl. przyczyny na podłożu nowotworów (mięśniaków). Przeważnie przychodziły do oddziału chore, u których przez macanie stwierdzano jako przyczynę krwawień niedorozwój narządów płciowych u osób młodych, lub nawet badaniem takiem żadnych zmian nie wykazywano. Wiadomo, jakie trudności spotyka się w leczeniu przypadków tego rodzaju z obfitem krwawieniem i dlatego też sposób leczenia Agomensiną tembardziej zasługuje na uwagę, że stosowanie innych, zwykle stosowanych metod leczenia w szeregu przypadków sprowadzało zawody.

1) Przypadki infantilizmu z liczby 46 wypadły pomyślnie 32 razy. 4 przypadki były wątpliwe, względnie miały krótkotrwały skutek, a w 10 przypadkach Agomensina zawiodła oczekiwania. A zatem wynik dodatni wyraził się w 69,65%, wątpliwy w 8,69%, a ujemny w 21,75% przypadków, które nie reagowały na żadne ze znanych środków do tamowania krwi i gdzie krwawienia ustąpiły dopiero po skrobaniu.

2) Przypadki, w których macaniem nie wykazano zmiany. Leczono 43 chore, przyczem w 32 (74,42%) otrzymano dobry wynik, a w 11 (25,58%) Agomensina zawiodła. 4 ujemnie przedstawiające się przypadki nie reagowały na środki hemostyptyczne, ergotynę i skrobanie, w 10 przypadkach reagujących na Agomensinę leki tamujące krew zawiodły, a w 3 zdołano opanować krwawienia zapomocą ergotyny i skrobania.

Pomyślny skutek występował już po 2—3 zastrzykach Agomensiny.

Wyniki tej grupy chorych wypadły pomyślnie także pod względem trwałości leczenia.

3) grupa chorych: 43 przypadki z krwawieniami przydatków. W 34 przypadkach Agomensina powstrzymała krwawienia, 9 zachowało się odpornie, z nich 3 przypadki nie reagowały i na inne środki do opanowania krwawień, podobnie jak i 10 przypadków o pomyślnym wyniku po Agomensinie.

4) Krwawienia wskutek zmiany położenia macicy, (tyłozgięcie). Leczono 4 przypadki, w tem 3 z dobrym wynikiem (trwałe wyleczenie) i 1 zawód.

5) Krwawienia wskutek mięśniaków. Wstrzykiwaniami Agomensiny leczono 4 chore. 2 przypadki reagowały pomyślnie (trwałe wyleczenie), 2 ujemnie.

6) Krwawienia klimakteryczne: 2 przypadki leczone Agomensiną z dodatnim wynikiem.

Zestawienie: 142 przypadki krwawień macicznych rozmaitego pochodzenia; w 105, (73,93%) przypadkach ustąpiły, w 37 (26,07%) leczenie było bez skutku. Wyniki te należy uważać za bardzo pomyślne, a tembardziej ciekawe, że Agomensina przez swego twórcę była zalecaną dla wywoływania (a nie opanowywania

krwawień. Paradoks ten wyjaśnia się przez uwzględnienie hipotezy o nieswoistem działaniu wprowadzonych drogą pozaustną ciał białkowych, z grupy związków chinolinowych i t. d. Niezawodnie odgrywają też pewną rolę zawarte w Agomensinie składniki, wyciągnięte z ciałka żółtego.

Leczeniu Sistomensiną poddano 24 kobiet, wszystkie z niedorozwojem narządu płciowego. Brak miesiączki trwał u nich od 2—18 miesięcy. Jedna z pacjentek w wieku 21 lat wogóle jeszcze nie miesiączkowała. Chore zależnie od wieku dzieliły się na 11 kobiet poniżej 20 lat, 9 poniżej 25, 4 chore były w wieku ponad 30 lat. Z wyjątkiem jednej żadna jeszcze nie rodziła. Jak wspomniano, u chorych tych brak miesiączki trwał już oddawna, a u niektórych nienormalności w krwawieniu już oddawna przed leczeniem było można stwierdzić.

Udało się wywołać krwawienia z liczby 16 kobiet u 5 włącznie z tą która do czasu leczenia Sistomensiną nie miesiączkowała. 3 chore przedwcześnie przerwały leczenie, a u 3 kobiet, zachowujących się odpornie na Sistomensinę przystąpiono do leczenia progynonem, panhormonem, hogiwalem samym lub w kombinacji z przetworami z przedniego płata przysadki i również nie osiągnięto żadnego rezultatu. Liczba zastrzyków wahała się pomiędzy 3 a 20, stosowanych przeważnie z dwudniowemi przerwami w ilości po 2 cm^3 śródmięśniowo. Aby stwierdzić czysty wpływ samej Sistomensiny, pomijano z umysłu stosowania diatermji i innych metod postępowania.

Rozumie się, że rezultat osiągnięty dowodzi krwawienia, a nie dowodzi przywróconego miesiączkowania, ponieważ dla stwierdzenia menstruacji należałoby ją udowodnić przez histologiczne badanie błony śluzowej. W danym razie mowa być może wyłącznie o krwawieniu, wywołanem przez Sistomensinę. Jednak autor sądzi, iż ma prawo uważać je za miesiączkowanie, ponieważ pojawiało się ono w okresie zwykłego perjodu, a przechodziło po właściwem dla miesiączkowania czasie trwania. Dane te w zupełności potwierdziło 6 przypadków, które po zastrzykach Sistomensiny powróciły do zupełnie normalnego stanu. U pozostałych 10 chorych, reagujących pozytywnie na Sistomensinę nie można było zebrać danych o dalszem zachowaniu się miesiączkowania, gdyż kilkakrotne wezwania pacjentek do przybycia dla zbadania pozostało bez posłuchu. W każdym razie spodziewać się należy trwałego skutku, gdyż w przeciwnym razie chore niezawodnieby przybyły dla przeprowadzenia dalszego leczenia.

Możliwość sprowokowania miesiączki zapomocą Sistomensiny wydaje się autorowi łatwiejszą do udowodnienia, aniżeli tamowanie krwi zapomocą Agomensiny, który to wniosek swój opiera on na działaniu nieswoistem ciał białkowych i substancyj zbliżonych do choliny. Doświadczenia Uhlmanna, Fausta i Schöbla dowiodły, że u mniszonych szczurzyc i myszy można zapomocą Sistomensiny wywołać objawy rujowe, widoczne z charakterystycznych zmian na błonie pochwy, a zatem Sistomensina zawiera hormon płciowy, któremu zawdzięcza wywoływanie krwawienia menstruacyjnego.

Doświadczenia pouczyły autora, że wystarcza zupełnie mała ilość hormonu dla wywołania skutku u osób z brakiem miesiączki w przeciwieństwie do zdania całego szeregu autorów, którzy twierdzą, iż koniecznem jest zużywanie nadzwyczaj wielkich dawek leków.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

IV. Posiedzenie naukowe z dnia 13. lutego 1931.

Przewodniczący: Kol. J. Marischler.

1) Odczytanie protokołu z poprzedniego posiedzenia.

2) Kol. A. Nadel przedstawia przypadek *induratio penis plastica z kontrakturą Dupuytrena.*

Chory lat 55, w 17-tym r. ż. przebyta infekcja kiłowa. Od roku cierpi na przewlekły wyprysk klatki piersiowej i astmę. W okolicy *radix penis,* po stronie grzbietowej ognisko chrząstkowej prawie twardości, ostro odgraniczone, wielkości 2×2,5 cm, wychodzące z *tunica albuginea penis.* W czasie wzwodu *penis* wykrzywiony, *coitus* niemożliwy, samo ognisko wówczas bolesne. Na lewej dłoni zgrubienie *aponeurosis palmaris,* odpowiadające palcom: III. IV i V-emu, na prawej odpowiadające palcowi IV; nieznaczna kontraktura tych palców. Leczenie przeciwkiłowe bez wpływu na sprawę chorobową. Omówienie ważniejszych prac z literatury, etjologji, patogenezy i leczenia tego rodzaju schorzeń. Brak analogji między *os penis,* spotykanem u zwierząt (różnica głównie w budowie histologicznej), a *induratio penis plastica* u ludzi, którą raczej uważać należy za zmianę metaplastyczną. O ile Roentgen nie wykazuje złogów wapniowych w miejscu zmiany na prąciu, leczenie radem daje stosunkowo najlepsze wyniki, w przeciwnym wypadku naświetlanie powinno być poprzedzone zabiegiem chirurgicznym.

3) Kol. Lewiński przedstawia i omawia preparaty anatomopatologiczne:

a) *rakowatość prosówkowa płuc u mężczyzny 20-letniego* (L. prot. 1093/30). Pierwotny rozległy rak galaretowaty żołądka, wzrastając, spowodował prawie zupełne zniszczenie trzustki oraz rozległe nacieczenie więzadła wątrobowo-dwunastniczego. Nowotwór zajął gruczoły wnęki płuc, a następnie posuwając się przeciw prądowi chłonki, wypełnił całkowicie szczeliny i naczynia limfatyczne wzdłuż tętnic i oskrzeli. Zmiana ta na przekroju płuca daje, widziana gołem okiem, obraz prosówki, choć w rzeczywistości jest to t. zw. *lymphangitis carcinomatosa.* Mówca omawia mechanizmy powstawania tej zmiany w płucach, podkreśla młody wiek osobnika oraz gwałtowny przebieg procesu; od pierwszych objawów chorobowych do zejścia minęło zaledwie 10 tygodni.

b) *torbielaka brodawczakowego nerki (cystoma papilliferum renis),* u mężczyzny 64 letniego (L. prot. 1076/30). W przypadku tym za życia stwierdzono w lewej połowie jamy brzusznej, w miejscu odpowiadającem nerce lewej, chełbocący guz wielkości głowy. Ponieważ wziernikowanie pęcherza moczowego wykazało w ujściu lewego moczowodu brodawczaka, który wypełniał światło moczowodu, a próba z wydalaniem barwika wykazała, iż wydala się on tylko z moczowodu prawego — rozpoznano *papillomatosis ureteris sinistri et hydronephrosis consecutiva.* Sekcja wykazała, iż wspomniany guz nerki nie jest wodonerczem, lecz wielokomorowym torbielakiem brodawczakowym. Zmiana ta w nerce należy do rzadkości.

c) *pęknięcie pęcherza moczowego* (L. prot. 1026/30) u trzydziestoletniego mężczyzny, jako następstwo urazu (kopnięcie w brzuch).

4) Kol. Seidl wygłasza wykład p. t. *Nowsze prądy w wodolecznictwie w schorzeniach narządu krążenia.* (ukaże się w druku w Pol. Gaz. Lek.).

Dyskusję nad wykładem kol. Seidla przełożono z powodu późnej pory na następne posiedzenie.

A. Falkiewicz Sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarzy polskich b. Galicji. Oddział w Stanisławowie.

Sprawozdanie z posiedzeń naukowych za r. 1930.

I. posiedzenie naukowe 23. stycznia 1930 roku w szpitalu powszechnym.

1) Dr. Lachmund demonstruje: a) przypadek ostrego zapalenia wsierdzia, wyleczony wstrzykiwaniami dożylnemi trypaflawiny; b) przypadek *ostitis cystica fibrosa generalisata* z złamaniem obu kości ramieniowych u kobiety, wyleczony wycięciem jajników.

2) Dr. Zabokrzycki demonstruje: a) zdjęcie rentgenowskie powyższego pod b) przypadku wykazujące w całym kośćcu chorej torbielowato-włókniste zmiany; b) rentgenogram kilaka czaszki.

3) Dr. Mossor demonstruje: przypadek kawerny w dolnym płacie płuca, leczony odmą piersiową.

4) Dr. Zabokrzycki: O uszkodzeniach promieniami Roentgena i ich leczeniu (wykład).

II. posiedzenie naukowe 30 stycznia 1930 r. w Sanatorjum Dra Gutta.

Dr. Ferensiewicz: Przypadek wodowstrętu u człowieka. *Dyskusja:* Dr. Majewski, Dr. Lachmund i prelegent.

III. posiedzenie naukowe 20. lutego 1930 r. w sanatorjum Dra Gutta.

Dr. Olszański: O gazach bojowych.

IV. posiedzenie naukowe 4. marca 1930 r. w Sanatorjum Dra Gutta.

1) Dr. Topczewski: O chorobie Hirschsprunga.

2) Dr. Lachmund: Technika resekcji żołądka wedle piśmiennictwa i doświadczeń własnych.

3) Dr. Gutt. Bezbolesne porody.

V. posiedzenie naukowe 20. marca 1930 r. w szpitalu powszechnym.

1) Pokazy chorych:

Dr. Lachmund demonstruje: a) przypadek przetoki szyjnej środkowej, b) przypadek torbieli trzustki po urazie wyleczony operacyjnie, c) przypadki operacyjne: 1) raka woreczka żółciowego, 2) ropnia wątroby.

Dr. Mossor demonstruje: a) przypadek 2 ropni w płucach u jednego osobnika, b) dwa przypadki kiły tętnicy głowowej.

2) Dr. Ferensiewicz: O kile aorty i jej leczeniu (wykład). *Dyskusja:* Dr. Mossor, Niemczewski i prelegent.

VI. posiedzenie naukowe 3. kwietnia 1930 r. w Sanatorjum Dra Gutta.

1) Dr. Topczewski: O szczepieniu ochronnem przeciw błonicy.

2) Dr. Lachmund: Zakres leczenia chirurgicznego w chorobach krwi.

VII. posiedzenie naukowe 24. kwietnia 1930 r. w szpitalu powszechnym.

1) Pokazy chorych.

Dr. Lachmund: a) przypadek przedziurawienia wrzodu żołądka wyleczony resekcją. Demonstruje zaciskadło żołądkowe i dwunastnicowe prof. Rossiego, b) przypadek przedziurawienia macicy ciężarnej *(tentamen abortus criminalis)* wyleczony wycięciem macicy.

2) Dr. Topczewski: O chorobie Heine Medina.

3) Dr. Lachmund: O wpływie obuwia na zniekształcenia stopy.

Dyskusja: Dr. Miksiewiczowa, Ferensiewicz.

VIII. posiedzenie naukowe 15. maja 1930 r. w Sanatorjum Dra Gutta.

1) Dr. Hamerski: O durze powrotnym (na podstawie własnej kazuistyki).

2) Dr. Świechowski: Zagadnienia z patologji kiły.

IX. posiedzenie naukowe 28. maja 1930 r. w szpitalu powszechnym.

1) Dr. Lachmund: O leczeniu gruźlicy gruczołów chłonnych.

Dyskusja: Dr. Topczewski, Dr. Ferensiewicz.

2) Dr. Mossor: Nowoczesny podział gruźlicy płuc (wykład).

X. posiedzenie naukowe 12. września 1930 w Sanatorjum Dra Gutta.

1) Dr. Tyszka ze Lwowa: O odmie płucnej.

Dyskusja: Dr. Ferensiewicz, Mossor, Kopaczyński, Lachmund.

XI. posiedzenie naukowe 16 października 1930. w szpitalu powszechnym.

1) Pokazy chorych:

Dr. Lachmund: a) przypadek kamicy żółciowej z uwięznięciem kamienia w przewodzie żółciowym wspólnym wyleczony operacyjnie. Omawia technikę sączkowania przewodu.

2) Dr. Mossor: Technika zakładania odmy piersiowej (z demonstracjami).

XII. posiedzenie naukowe 6 listopada 1930 r. w szpitalu powszechnym.

1) Dr. Lachmund: Chirurgja wegetatywnego systemu nerwowego.

2) Dr. Tomaszek: O chorobach organicznych nerwowych, wrodzonych, nabytych i odziedziczonych.

XIII. posiedzenie naukowe 19. grudnia 1930 w Sanatorjum Dra Gutta.

1) Dr. Topczewski: O pryszczycy.

2) Dr. Niemczewski: O czynnikach mechanicznych w patologji skóry.

Sekr. *Dr. Hickiewicz.* Przew.: *Dr. Ferensiewicz.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 14 kwietnia 1931 r. o godz. 8-mej wiecz. 1. Wł. Mikułowski: Przypadek rozstrzeni oskrzeli u 11-o letniego dziecka kiłowego. 2. L. Karwacki: O postaci ziarnistej jadu gruźliczego. Część II. 3. M. Bloch: O racjonalnem ujęciu kliniki przewlekłej gruźlicy płuc dorosłego. Typy kliniczne. Typ I. suchoty płucne i odmiany tego typu.

Kraków.

Towarzystwo lekarskie krakowskie. We środę, dnia 15. kwietnia b. r. odbyło się o godzinie 7-mej wieczorem w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego ul. Radziwiłłowska l. 4. zwyczajne posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego, na którem wygłosił odczyt: Doc. Dr. Zieliński: Schorzenia układu nerwowego a podział uczuć.

Z kraju.

Nowy okazały szpital Spółki Brackiej w Szarleju na Śląsku otwarty będzie i uruchomiony na wiosnę r. b. Budowę tego szpitala rozpoczęli jeszcze Niemcy, lecz światowa wojna przerwała ją. Dopiero obecny zarząd wymienionej Spółki, szpital dokończył. Jest to wspaniały, okazały gmach, urządzony według najnowszych wymagań lekarskiej sztuki. Bezsprzecznie będzie to jeden z największych i najlepiej urządzonych szpitali w całej Polsce. Koszta budowy wyniosły około 8 miljonów zł. W szpitalu tym poraz pierwszy na Śląsku urządzony będzie specjalny oddział dla leczenia t. zw. chorób zawodowych.

W Wysokiej, pow. Wyrzysk w Poznańskiem jest wolne miejsce dla drugiego polskiego lekarza który włada i językiem niemieckim.

Choroby zakaźne w Polsce. (Według urzędowych danych).

Nazwa chorób	Tydzień 8 od 15/II do 21/II 1931 r. zach.	zg.	Tydzień 9 od 22/II do 28/II 1931 r. zach.	zg.	Tydzień 10 od 1/III do 7/III 1931 r. zach.	zg.
Dżuma	—	—	—	—	—	—
Ospa	1	—	—	—	—	—
Cholera azjatycka	—	—	—	—	—	—
Dur brzuszny	122	11	121	13	110	12
Paradury	2	—	—	—	2	—
Dur plamisty	41	3	43	4	56	9
Dur powrotny	1	—	—	—	—	—
Czerwonka	5	1	3	1	5	1
Płonica	403	20	362	19	354	17
Błonica	269	14	256	17	235	17
Zap. op. mózg. (nagminne)	12	5	17	2	18	4
Odra	590	6	609	1	863	7
Róża	77	2	91	7	64	5
Krztusiec	49	5	58	13	165	7
Zimnica	4	—	2	—	2	—
Gorączka połogowa	30	8	32	9	40	5
Trąd	—	—	—	—	—	—
Jaglica	405	—	781	—	618	—
Wąglik	—	—	—	—	—	—
Nosacizna	—	—	—	—	—	—
Włośnica	—	—	1	—	3	—
Wścieklizna	—	1	—	—	—	—
Zatrucie mięsne	1	—	—	—	—	—
Choroba Heine Medina	1	—	—	1	—	—
Twardziel	2	—	1	—	3	—
Inne choroby zakaźne	133	13	235	12	105	7

Ruch służbowy w Państwowej Służbie Zdrowia, za miesiąc luty 1931 r. — We Władzach II instancji. Mianowani: Dr. Jelowicki Włodzimierz, urzędnik w VII st. sł. w Państwowym Szpitalu dla chorych psychicznie w Tworkach, ordynatorem w VI st. sł., w tymże Szpitalu, dekretem z dnia 26 lutego 1931 r. — Wójcik Józef, magister farmacji, do odwołania referendarzem w VII st. sł. w Komisarjacie Rządu m. st. Warszawy, dekretem z dnia 14 lutego 1931 r. — Przeniesieni na emeryturę: Dr. Kamiński Władysław, inspektor lekarski w VI st. sł. w Komisarjacie Rządu m. st. Warszawy, na własną prośbę z dniem 28 lutego 1931 r.

We Władzach I instancji: Przeniesieni: Dr. Górnicki Eugenjusz, lekarz powiat. w VI st. sł. w Starostwie powiatowem Lipnowskiem na takież stanowisko i w dotychczasowym st. sł. do Starostwa powiatowego Grójeckiego, dekretem z dn. 24 lutego 1931 r. — Dr. Grochowiak Franciszek, lekarz powiat. w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Grybowie, na własną prośbę na takież stanowisko i w dotychczasowym st. sł. do Starostwa powiatowego w Jaśle, dekretem z dnia 24 lutego 1931 r. — Dr. Peters Adam, lekarz powiat. w VII st. sł. w Starostwie powiatowem Makowskiem, na własną prośbę na takież stanowisko i w dotychczasowym st. sł. do Starostwa powiatowego w Wadowicach dekretem z dnia 24 lutego 1931 r.

Ze świata.

Z francuskiej Akademji medycyny. Zapytana przez czynniki rządowe o opinję w sprawie zaliczenia gastroenteritis niemowląt do chorób podlegających obowiązkowi zgłaszania, powzięła Akademja następującą uchwałę: Akad. med. — uznając, iż zespoły chorobowe „gastroenteritis" nie są dostatecznie odgraniczono od innych i — w obecnym stanie wiedzy — nie można podać ścisłego określenia tego schorzenia, — i ponieważ pojęcie „gastroenteritis" stosowane jest dla określania stanów, rozmaicie się w swem nasileniu i przyczynowo przedstawiających, — uważa wciąganie tego schorzenia na listę chorób, podlegających obowiązkowi zgłaszania za rzecz niewskazaną.

Trzech lekarzy z Lyonu (Cade, Barral i Roux) podało doniesienie o przewrażliwości na insulinę i patogenezie kilku wypadków braku tolerancji na ten czynnik.

Właściciele zdrojowiska Hofgastein, sławnego z powodu wartości leczniczej miejscowych cieplic rozszerzyli znacznie w porozumieniu z Gminą miejscową i Komisją zdrojową ulgi udzielane dotąd lekarzom, lekarkom i dentystom przybywającym z kraju i zagranicy. Kuracjusze tego rodzaju otrzymywać będą odtąd wszelkie środki lecznicze miejscowe bezpłatnie. Najbliżsi członkowie rodzin tych lekarzy, a więc: żony, wdowy i niezaopatrzone dzieci otrzymają również daleko idące ulgi. Wszyscy lekarze i najbliżsi członkowie rodzin są uwolnieni od taksy kuracyjnej i za muzykę.

Liczba lekarzy w Rosji i Japonji. W r. 1929 na terenie Ros. Sow. Resp. było 36.900 lekarzy, co w stosunku do liczby ludności wynosi 3,5 lekarza na 10.000 ludności, na terenie Ukrain. Sow. Resp. wypada 3,4 lekarza na 10.000 ludności, przytem podział jest tak nierównomierny, iż dla ludności wiejskiej przypada 2,9 lekarza na 10.000 ludności. Ażeby temu brakowi lekarzy zaradzić w Rosji Sowieckiej zaprojektowane jest utworzenie sześciu nowych wydziałów lekarskich ze skończonym kursem nauki do lat czterech.

W Japonji w r. 1930 liczba lekarzy wynosiła 43.676, co odpowiada 6,94 lekarza na 10.000 ludności, dentystów było 15.573 czyli 2,31 na 10.000 ludności.

Fundacja Wellcome'a. Znana firma wytwórcza Wellcome'a w Londynie buduje obecnie rozległy cztero-piętrowy gmach przeznaczony na pracownie dla celów medycznych i chemicznych. Pracownie zaopatrzone będą we wszelkie nowoczesne urządzenia.

Kursa djetetyczne w Nauheim. Stowarzyszenie lekarzy praktykujących w zdrojowisku Nauheim organizuje w czasie od 17—19 kwietnia r. b. praktyczny kurs zasad dietetyki z udziałem wybitnych specjalistów w tej dziedzinie w Niemczech. Kurs ten połączony jest z zajęciami praktycznemi w sporządzaniu potraw w kuchni dietetycznej.

Ankieta w sprawie łóżek szpitalnych. (Office intern. d'Hyg. Publ. Bulletin Nr. 11/1930. p. 2053). Ogólne wyniki ankiety Międzynarodowego Urzędu Higjeny Publicznej, dotyczące liczby łóżek szpitalnych w stosunku do określonej liczby ludności przedstawione na sesji Komitetu w październiku r. ub. są nast.: Wobec wzrastającego zgłaszania się publiczności do szpitali, liczba zapotrzebowanych łóżek wynosi do 7 na 1000 mieszkańców. Niektóre kraje, posiadające instytucje dawniejszej daty, mają nadmiar szpitali, podczas gdy inne cierpią dotkliwy ich brak. Za podstawę w organizacji szpitalnictwa możnaby przyjąć: 6 łóżek na 1000 mieszkańców w miastach, mniejszą liczbę po wsiach; jeden szpital w promieniu 30 km; zakłady minimum o 100 łóżkach — wskazane 300 do 600 łóżek; dla chroników przytułki i instytucje specjalne, których koszt utrzymania jest mniejszy aniżeli szpitali; wreszcie zorganizowane leczenie domowe pod opieką lekarza i pielęgniarki, dla chorych nie wymagających pobytu w szpitalu, oraz przychodnie dla dalszego leczenia osób, dla których dłuższy pobyt w szpitalu nie jest potrzebny.

Kurs dokształcający z zakresu zaburzeń czynności serca odbędzie się w Szpitalu Tenon w Paryżu w czasie od 27 maja do 6 czerwca b. r. pod kierunkiem Dr. Kamila Lian profesora Uniwersytetu paryskiego. Po skończeniu kursu projektowana jest podróż do zdrojowiska Royat. Wszelkich bliższych wyjaśnień udziela Dr. Blondel w Szpitalu Tenon.

Włoski państwowy urząd turystyczny (Ente Nazionale Industrie Turistische) urządza w czasie od 18 września do 2 października 1931 r. ósmą podróż naukową dla lekarzy do miejsc klimatycznych i zdrojowisk Italji. Podczas tej podróży nazwanej „Nord-Süd" zwiedzą uczestnicy następujące miejscowości lecznicze: Acque Albule, Fiuggi, Agnano, Casamicciola, Capri, Sorrento, Ravello, Taormina, Acireale, Mondello. Koszta uczestnictwa w tej podróży są obliczone na 1600 lirów, czem są objęte wszystkie wydatki od początku do końca podróży. Zgłoszenia do uczestnictwa w podróży należy wysyłać pod adresem: Ente Nazionale Industrie Turistische, Via Marghera 6, Roma.

Stan liczebny personelu lekarskiego w Państwie Niemieckiem. (Reichsgesundheitsblatt Nr. 2 1931). W dn. 31 grudnia 1929 r. personel lekarski wynosił: mężczyzn 45.113 — kobiet 2.421, ogółem 47.534. Liczbowy wzrost stanu lekarskiego, począwszy od 1876 r. wykazuje poniższa tabela:

Rok	Ogółem	W tej liczbie kobiet	Na 10.000 mieszkańc.
1876	13.728	—	3,2
1887	15.824	—	3,3
1898	24.725	—	4.6
1909	30.558	82	4,8
1927	43.583	1.739	6,9
1928	45.948	2.202	7,2
1929	47.534	2.421	7,4

Miesięczne sprawozdanie epidemjologiczne sekcji higjeny Ligi Narodów daje w raporcie 1-szym z r. 1931 dokładną analizę przebiegu duru brzusznego w latach 1929—30 na całym świecie. Przebieg duru brzusznego w Europie (obliczany na podstawie statystyk Anglji, Niemiec i Polski) od lat podlega bardzo małym wahaniom, zmniejszając się co do natężenia bardzo nieznacznie. W przeważającej ilości krajów całego świata nastąpiło zmniejszenie się tak zapadalności, jak i umieralności na dur brzuszny, w niektórych krajach roczna ilość zachorowań nie ulega większym zmianom (Anglja, Austrja), zwiększyła się, — i to znacznie w Sowietach tak europejskich jak i azjatyckich. Najwyższą ilość zachorowań na dur brzuszny w Europie wykazują w latach 1929—30 Sowiety (przeszło 130.000 wraz z durami rzekomemi w 1929), dalej idą: Polska (1929 — 15.000, 1930 — 12.000), Węgry (12.000 i 8.000), Czechosłowacja i Francja (około 7.000), Jugosławja (4.500 i 5.000), Niemcy (6.500 i 4.800) i t. d. Jako drogi szerzenia się zakażeń wykazano w niektórych epidemjach rolę roznosicieli, zakażających pokarmy (Anglja), przedostanie się zarazków do wodociągów (Lyon), braki w kanalizacji (Leningrad). Przechodząc do oznaczenia przyczyn zaznaczającej się poprawy w walce z durem brzusznym podkreśla autor (niepodający swego nazwiska) znaczenie urządzeń higjenicznych miast, przedewszystkiem dostarczanie dobrej wody. Następnie omawia szeroko wyniki szczepień przeciwtyfusowych, starając się na podstawie statystyk z rozmaitych krajów pochodzących, wykazać dobry wpływ szczepień i ich znaczenie w walce z durem brzusznym. W wykazach rozmaitych chorób zakaźnych zwracają uwagę liczby, odnoszące się do ilości zgłoszonych wypadków zakażeń, wywołanych pał. Banga w Danji. Otóż jest ich 560 za rok p1930, ze Szwecji zgłoszono ich 95 za rok 1930, przyczem są one zgłoszone jako gorączka falująca, bez adnotacji, iż chodzi tu o pałeczkę Banga. Na Malcie było w pierwszych 8 miesiącach roku 1930 — 1529 wypadków gorączki falującej, wywołanej pałeczką maltańską, małą ilość tego schorzenia zgłoszono z Francji i Grecji. Gdy się weźmie pod uwagę wielką rzadkość schorzeń, wywoływanych przez te pałeczki z grupy Brucella w innych krajach, odnosi się wrażenie, iż Danja na północy Europy staje się takim samym ośrodkiem dla pałeczki Banga, jaką jest od lat Malta dla pałeczki maltańskiej na południu. Obok tak wielkiej ilości zakażeń pał. Banga wykazuje Danja za rok 1930 tylko 211 wypadków durów brzusznych i rzekomych. Zakaźne zapalenie mózgu (encephalitis letharbica) występowało, jak dawniej i w1930 roku w największem nasileniu w Wielkiej Brytanji, poza tem w Italji, Holandji, Danji, Czechosłowacji, Szwecji i w Sowietach.

Zmarli.

W Krakowie dnia 11 kwietnia zmarł Dr. Karol Klecki profesor patologji ogólnej U. J.

We Lwowie Dr. Zygmunt Stobiecki — stomatolog, członek Zarządu Izby lek. lwowskiej i Dr. Konstanty Nowiński.

W Okopach Św. Trójcy Dr. Włodzimierz Aleksandrowicz.